QUELQUES CONSIDÉRATIONS

N° 23

SUR

L'INCONTINENCE D'URINE

CHEZ L'ENFANT

SES RAPPORTS AVEC L'ÉVOLUTION DENTAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Janvier 1900

PAR

Aug. STEFANINI

Né à Sari d'Orcino (Corse), le 4 juin 1874

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS
Clinique médicale		GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		N...
Id.		Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*	MM. BOSC, *agrégé.*
DUCAMP, *professeur.*	GALAVIELLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE CHERS DISPARUS

Pieux souvenir !

A. STEFANINI.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ma thèse inaugurale... acceptez-la comme un modeste gage d'inaltérable affection et de profonde reconnaissance.

A MES ONCLES XAVIER ET TOUSSAINT

Je m'efforcerai d'être toujours digne de l'affection paternelle que vous me témoignez, et serai pour vous le plus respectueux des neveux.

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

Tout mon dévouement.

A MES TANTES EMILIE ET FRANÇOISE

A. STEFANINI.

A MES AMIS

Toussaint MORETTI, Pharmacien à Marseille

Barthélemy-Philippi CATANEI et Emile LUCCHINI

Docteurs en médecine

A. STEFANINI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE PARIS
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
ADJOINT AU MAIRE DE LA VILLE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE

A MM. LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

BOSC, LAPEYRE, MOURET

MEIS ET AMICIS

A. STEFANINI.

A nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, à ceux qui ont guidé nos premières études médicales, comme à ceux qui président aujourd'hui notre dernier acte de scolarité, nous adressons l'expression émue de notre reconnaissance.

Leur sollicitude à notre égard ne s'est jamais démentie. Pendant six ans que nous avons eu l'honneur de suivre leur brillant enseignement, chez tous, nous avons rencontré le même accueil bienveillant, à la clinique et à l'amphithéâtre.

Aussi désespérons-nous de nous acquitter envers eux, comme nous l'eussions désiré. Le modeste travail que nous leur présentons aujourd'hui ne saurait être digne de nos maîtres. Dépourvue en effet d'une autorité scientifique suffisante, notre thèse, comme tant d'autres, s'en ira dormir dans les rayons des bibliothèques universitaires. Elle n'aura pour nous d'autre mérite, que de nous avoir fourni l'occasion solennelle d'affirmer notre vive gratitude à ceux qui nous ont initié à la science médicale.

A ce titre-là, elle nous restera chère.

Monsieur le professeur Baumel a bien voulu en accepter la présidence. Nous l'en remercions profondément. Pour lui, nous garderons la reconnaissance du plus humble des élèves pour le meilleur des maîtres.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'INCONTINENCE D'URINE

CHEZ L'ENFANT

SES RAPPORTS AVEC L'ÉVOLUTION DENTAIRE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'incontinence nocturne d'urine, malgré qu'elle soit aussi vieille que la médecine, a vécu de longs siècles sans histoire. Classée injustement parmi les névroses, comme ces dernières elle subit le fatalisme médical, qui consistait à laisser ces affections évoluer d'elles-mêmes, subordonnées aux vertus médicatrices de la nature. L'adage l'atteste : *In natura curatio morborum.* Les époques climatériques étaient seules curatives, et si parfois l'espoir de guérison devenait chimère, on s'avouait que le mal était incurable.

A quoi pouvait-on attribuer cette indifférence et ces préjugés ? Sûrement au peu d'efficacité qu'offraient les moyens thérapeutiques alors mis en usage. Il n'aurait pu en être autrement, car par sa fréquence, par le symptôme qui la révèle et les conséquences funestes qu'elle pouvait

avoir sur les facultés des individus qui en étaient atteints, cette infirmité ne pouvait passer inaperçue et ne pas attirer l'attention des praticiens.

Jean-Louis Petit, le premier, étudia l'incontinence et en donna une description satisfaisante : son exemple fut bientôt suivi et notre siècle vit naître de nombreux travaux et mémoires qui éclairèrent d'un jour nouveau les causes, l'étiologie et surtout la thérapeutique de cette affection si longtemps négligée. Guersant, Mauricet et Mondière obtinrent les premières guérisons. Puis Morand, Bretonneau et surtout Trousseau édifièrent de nouvelles théories pathogéniques préconisant un nouveau traitement qui compte et comptera encore de nombreux succès. Bercioux s'attaqua aux opinions de Trousseau, bientôt suivi et beaucoup imité par de nombreux auteurs qui, comme de vrais iconoclastes, essayeront de renverser celles déjà établies, inondant les revues scientifiques et les journaux de médecine de théories nouvelles. Effectivement, on est surpris, en parcourant la littérature médicale de ces deux derniers siècles, par la tendance des différents auteurs à considérer cette affection comme une maladie « une et identique dans sa cause ». Aussi, les chapitres se sont-ils ajoutés aux chapitres pour grossir les volumes et enrichir les bibliothèques sans que de cette profusion soit sortie l'étiologie pathogénique uniquement vraie de l'affection qui constitue aujourd'hui notre thèse inaugurale.

Notre éminent maître et président de thèse, M. le professeur Baumel, avait depuis longtemps attiré nôtre attention sur ce sujet. Aussi, nous n'avons pas hésité, sur ses conseils, à présenter à notre jury trois cas d'incontinence d'urine, que nous avons eu la bonne fortune d'observer dans son service des enfants, n'entrant dans aucun des cadres que les auteurs lui ont jusqu'ici donnés et assignés,

à l'énurèse essentielle, et ne pouvant être considérés par nous que comme des accidents de l'évolution dentaire.

Nous avons voulu nous assurer si les annales médicales renferment d'autres observations identiques. Nos investigations ont été infructueuses et notre satisfaction en est d'autant plus grande, car nous aurons ainsi, à côté du maître qui en a la plus grande part, la légitime joie d'avoir trouvé une pathogénie nouvelle à l'incontinence nocturne d'urine infantile : persuadé d'avance que si, plus souvent, dans les observations rapportées, on s'était occupé de l'état de la dentition, beaucoup de cas d'énurèse nocturne auraient trouvé une pathogénie plus rationnelle.

Notre prétention ne sera pas de rattacher à l'évolution dentaire tous les cas d'incontinence d'urine, car nous avons l'intime conviction que chaque théorie pathogénique, à quelque auteur qu'elle appartienne, peut être suffisante pour beaucoup de cas, sans réussir cependant à les expliquer tous.

Les auteurs ont eu peut-être le tort d'être trop exclusifs.

Atteindrons-nous notre but? Nous n'osons le croire. Le nombre de nos observations est trop restreint, et nos premiers essais de littérature médicale seraient largement récompensés si nous pouvions attirer l'attention de nos maîtres sur la question que nous traitons, nous voulons dire sur la connexité possible entre l'évolution dentaire et l'incontinence nocturne d'urine.

Dans nos différents chapitres, nous ferons par ordre et successivement l'historique, la classification des différentes incontinences symptomatiques et essentielles, que nous différencierons entre elles ; l'étiologie et la symptomatologie ; l'exposé des diverses théories pathogéniques, que nous accompagnerons de brèves critiques. Un chapitre

spécial sera consacré à nos trois observations personnelles et aux quelques considérations établissant pour nous leurs relations avec la dentition. Avant d'établir nos conclusions, nous ferons un exposé succinct mais complet des différentes médications proposées tour à tour par leurs auteurs, pour la guérison de l'énurèse essentielle, car, et nous nous efforcerons de le démontrer, le traitement ne doit pas être unique, mais variable avec l'étiologie de l'infirmité.

CHAPITRE II

INCONTINENCES SYMPTOMATIQUES

L'incontinence d'urine infantile n'est pas une incontinence vraie. C'est bien une miction à plein jet, mais une miction non perçue ou trop peu perçue pour provoquer le réveil, quelle que soit la cause de cette aperception (Guinon). Si l'on devait donc s'en tenir à l'acception du terme lui-même, l'idée que l'on pourrait se faire de la maladie qui nous occupe serait fatalement erronée. Les auteurs allemands, nous semble-t-il, ont été mieux inspirés dans leur choix, en remplaçant le mot incontinence par celui d'énurèse (εν dans, ονρησις, action d'uriner). Sans rien préjuger d'autres affections latentes, l'énurèse traduit la sortie involontaire de l'urine normale d'un appareil urinaire sain. L'examen minutieux et approfondi de cet appareil ne décèle aucune difformité congénitale, aucune lésion externe n'ayant pu amener un trouble nerveux capable de produire cet état.

L'énurèse essentielle que, ces réserves faites, nous continuerons à appeler incontinence, pour sacrifier à l'usage, est donc une maladie *sine materia*.

On peut diviser en deux classes les enfants atteints d'incontinence d'urine :

1° Les incontinents essentiels, dont nous avons parlé

plus haut, chez lesquels le symptôme énurèse constitue seul la maladie, sans aucune autre lésion appréciable ;

2° Les incontinents chez lesquels la miction involontaire est symptomatique d'une lésion bien précise des organes génito-urinaires, ou n'est qu'un épiphénomène dans le cours d'une maladie qui domine la scène pathologique. Ils constituent le groupe des incontinences symptomatiques. On y trouve : les incontinences relevant des maladies nerveuses bien typiques ou de lésions cérébro-spinales bien caractérisées, incontinence de l'épilepsie, incontinence compliquant le mal de Pott, la myélite transverse, le spina bifida, l'ataxie locomotrice décrite par Remarck (*Berl. Klin. Woch.,* 1885).

L'incontinence traduisant des lésions ou affections vésicales : tumeurs ou calculs vésicaux (ces derniers, du reste, sont décelés chez l'enfant par le seul symptôme incontinence).

Les malformations urétrales ou pernicieuses, telles que hypo et épispadias, phymosis, symphyse préputiale, atrésie du méat, produisent aussi des incontinences.

Malgré que des analyses faites aient été le plus souvent négatives, il faut admettre, avec Lawrence, que les modifications pathologiques de l'urine peuvent être une cause d'incontinence. Les excès d'urates et d'albumine agiraient dans ce sens.

Nous mentionnerons aussi la théorie de l'hypertrophie amygdalienne et des végétations adénoïdes. La gêne de l'hématose produirait l'incontinence. Major et Ziem la soutinrent. Enfin, nous ajouterons à notre nomenclature l'incontinence que l'on doit attribuer à des lésions irritatives du voisinage : oxyures du vagin et de l'anus, polypes du rectum.

Notre tableau démontre suffisamment combien est

grand le cadre des incontinences symptomatiques. Sciemment, nous avons omis d'y classer celles bien étudiées par Vogel, observées chez certains enfants atteints d'anomalies considérables du cerveau, d'idiotisme et d'hydrocéphalie chronique. Cet écoulement continu, goutte à goutte, est alors imputable à une paralysie du col et du muscle vésical. On peut rattacher à ce groupe ceux qu'on appelle les faux incontinents et les rétrécis, qui urinent en bavant, par regorgement.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE.

La double expulsion de l'urine et des fèces est dans le tout jeune âge absolument indépendante de la volonté, et la vessie,douée de propriétés contractiles, arrive à vaincre la résistance du col et de l'urètre membraneux. L'énurèse est donc normale, physiologique. Elle persiste jusque vers la fin de la première dentition, c'est-à-dire entre dix-huit mois et deux ans et demi.

Puis, l'enfant devient maître de sa miction, il peut commander à sa vessie. Il arrive, néanmoins, qu'entre 6 ou 7 ans, malgré qu'il n'ait rien présenté d'anormal dans son développement. il recommence à mouiller ses draps. Le même fait se produisant régulièrement chaque nuit, un nombre de fois variable avec chaque sujet, les parents s'en émeuvent, vont consulter le médecin, sans omettre de rattacher cette perturbation urinaire à une émotion, une grande peur.

Quelquefois aussi, l'incontinence apparaît à la suite d'une maladie aiguë, bronchite, coqueluche, rougeole. D'autres fois, par contre, on la voit disparaître au cours d'une maladie grave, telle que la dothiénentérie. L'infirmité que nous étudions peut avoir un début insidieux. Le jeune malade a eu des alternatives de continence et

d'incontinence. Après avoir pendant longtemps pissé au lit, il a pu régler sa miction. La guérison n'a été que passagère, et l'infirmité a de nouveau reparu, toujours décelée par le même symptôme.

La miction se fait à des heures variables pour les différents malades. Pour les uns, c'est dans la première partie de la nuit ; à l'approche du réveil, pour d'autres, et au moment du sommeil le plus profond, pour une troisième catégorie. Aucune loi fixe ne peut être établie, qui régisse l'heure des mictions, malgré que Eichlorst, Chainel, Barthez et Sène prétendent que l'incontinence se manifeste plus fréquemment pendant les premières heures de la nuit. A côté des incontinents nocturnes, il faut placer les incontinents diurnes, qui le cèdent en nombre aux premiers. Rarement, on rencontre des incontinences continues à la fois diurnes et nocturnes,

Les mictions ont lieu à plein jet, et la puissance de l'expulsion est très forte. Les précautions qu'on peut prendre, soit de sonder l'enfant, soit de le faire uriner, soit même de le réveiller la nuit pour pisser, restent vaines ; à l'heure habituelle, l'énurèse se produira et le jet sera aussi fort que si rien n'avait été tenté pour l'arrêter. A l'analyse, les urines restent normales quant à la densité et à la qualité.

Cette infirmité d'apparence si bénigne retentit fâcheusement sur le petit malade. Son caractère en subira le douloureux contre-coup. Il deviendra taciturne, morose et chagrin. Par le fait même de son incontinence, il sera un souffre-douleur pour ses camarades, qui ne cesseront de le lui reprocher. Aussi, évitera-t-il leurs jeux et leur compagnie. La maison même deviendra pour lui un bagne, car ses parents le grondent, le punissent, le battent même souvent, en un mot, le tyrannisent pour lui faire expier

une infirmité qu'ils croient, très obligeamment, n'être que le résultat d'une paresse invétérée.

Son affection l'obligeant à garder la maison, pour lui, nulle partie de plaisir. Cette séquestration forcée en fera un anémique et un nerveux. L'enfant ne vous regarde plus en face, dit Adams, mais avec un air craintif, la paupière supérieure est tombante, son œil éteint, « c'est le portrait frappant de l'onaniste ». Bokai et Bégin sont du même avis. Ce dernier en fait de véritables dégénérés. Il manque, dit-il, aux enfants atteints de cette maladie quelque chose sous le rapport de l'énergie cérébrale et de l'intelligence.

Pour si sombre que le portrait de l'incontinent puisse être, le fait matériel n'en existe pas moins bien établi que cette affection a une influence morale des plus funestes sur les enfants. Il est d'observation courante, et l'examen le plus superficiel d'incontinents, à l'hôpital, suffit pour s'en rendre compte. Et nous nous autorisons à présent, de par les lignes précédentes, à avancer qu'un pédiâtre de grand talent, Guinon, dont nous critiquerons ultérieurement la théorie, a été trop exclusif de ne voir dans l'incontinence « qu'une des multiples manifestations du nervosisme et de la dégénérescence mentale à tous les degrés ». Les incontinents peuvent ne traduire avec leur infirmité qu'une hérédité morbide. Mais, aussi, combien doivent être nombreux ceux chez lesquels, au lieu d'être effet, l'incontinence doit être la cause de cette dégénérescence mentale dont nous avons parlé.

La marche de l'affection est variable.

Livrée à elle-même, elle finit presque toujours par guérir. La nature, dans ce cas, fait les frais de la guérison. D'habitude, cette guérison spontanée n'arrive guère avant la puberté. Sans aucune intervention thérapeutique, l'in-

continence peut présenter des rémissions de quelques semaines, de quelques mois, de quelques années même et guérir à l'âge adulte. Et les mères le savent bien, qui, confiantes en cet espoir, omettent d'avouer au médecin l'incontinence de leurs jeunes filles. Une première grossesse arrête quelquefois l'incontinence ; et Trousseau cite le cas d'une jeune fille qui guérit après la défloration. Malheureusement, il arrive quelquefois que l'établissement des règles, le développement des organes génitaux, l'acte du mariage restent sans effet, n'amènent pas cette régression tant désirée. L'incontinence devient alors persistante, se compliquant de lésions, de téguments recouvrant les parties uro-génitales. Ils sont très souvent, grâce à leur contact avec l'urine, atteints d'épaississements érythémateux devenant le siège de vives douleurs et d'intolérables démangeaisons.

La guérison, quelquefois, n'est, pour ainsi dire, que conditionnelle, et l'ancien incontinent deviendra par la suite atteint de pertes séminales ou d'autres troubles des organes génito-urinaires ou des fonctions génésiques.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Ce chapitre de la question reste encore à l'étude. En somme, on connaît peu de causes réelles de cette maladie. On n'est guère plus d'accord sur sa nature intime, sur la cause organique qui la produit.

L'incontinence est presque l'apanage exclusif de l'enfance. Rare chez l'adulte, elle devient plus rare encore à un âge avancé, où elle traduira une affection des organes génito-urinaires. Cette incontinence infantile semble avoir quelques liens de parenté avec l'incontinence sénile.

Chez l'enfant comme chez le vieillard, cela tient à une débilité des organes destinés à résister à la miction, avec cette différence capitale que chez l'un les facultés s'anéantissent alors qu'elles sont incomplètement développées chez l'autre.

Le vieillard ne peut plus régler sa vessie. L'enfant n'a pas appris à la commander. Le sexe semble ne pas créer de prédisposition bien marquée. Les garçons et les filles semblent atteints d'incontinence dans des proportions sensiblement égales, malgré que beaucoup d'auteurs aient soutenu que le sexe masculin est plus souvent frappé que l'autre. L'excitation précoce et trop répétée des organes génitaux serait, d'après Guersant, la cause de

cette plus grande fréquence chez les garçons. Les mauvaises habitudes, la chlorose, l'anémie, sont considérées comme pouvant engendrer ou prolonger l'incontinence d'urine. Très souvent, les parents mettent l'affection sur le compte d'une frayeur vive éprouvée par l'enfant. On ne saurait trop se mettre en garde contre cette interprétation ; et, si l'on ne peut nier de parti pris l'influence des émotions morales violentes sur la production de l'incontinence, on ne doit pas oublier que ces mêmes causes entrent en scène dans presque tous les chapitres de la pathologie infantile. Causes banales, ne pouvant que satisfaire l'amour-propre de parents trop soucieux de chercher une étiologie facile à l'affection de leur enfant, ne résistant pas à l'analyse étiologique du praticien.

L'hérédité entre en jeu, et bien souvent on trouve dans les antécédents héréditaires des malades la même affection chez les parents ou les collatéraux (Janet rapporte 6 cas d'hérédité similaire familiale). Parfois même, les antécédents héréditaires découvrent des névroses, hystérie, épilepsie, hypocondrie, ataxie locomotrice, etc.

Partant de ces données, Trousseau se croit en droit d'écrire avec son grand talent que « l'incontinence nocturne d'urine est la conséquence d'un état maladif de l'encéphale et de la moelle ; état dont il est impossible de spécifier la nature ; cette affection, comme toutes les névroses, ne présentant aucune lésion matérielle appréciable ; se traduisant simplement par une irritabilité excessive de la vessie ». C'est sur ce canevas que Trousseau édifia sa théorie pathogénique, que nous étudierons dans le chapitre suivant.

Il n'est pas rare aussi de voir plusieurs membres d'une même famille atteints d'incontinence. Quelquefois, écrit Franck, tous les enfants d'une même famille sont

incontinents ; il est rare qu'on ne puisse alors soupçonner un vice originel, une disposition scrofuleuse, arthritique. L'incontinence est alors rebelle à toute médication. Trousseau, dans sa théorie, rapproche de l'épilepsie l'incontinence par ce fait que des épileptiques ont de l'énurèse nocturne. Elle ne saurait être dans ce cas essentielle, ne faisant que traduire une affection plus grave, une névrose. Les attaques ayant lieu pendant le sommeil et trop légères pour que le malade en ait conscience, ne sont révélées au réveil que par l'écoulement d'urine ; ce sont les « attaques frustes » de Trousseau.

Parmi les causes prédisposantes, on a cité longtemps la faiblesse et la constitution lymphatique.

D'après Delcourt, l'incontinence d'urine fait plus de victimes dans la classe pauvre, où le tempérament lymphatique est très commun à la suite de misères de toutes sortes et où l'éducation première fait souvent défaut. C'est aussi l'opinion de Buckingham, du dispensaire de Boston, qui appelait ses petits malades *debilitated anemic children*. Il ajoute que leur nombre était plus considérable au dispensaire que dans sa clientèle privée. Vogel et Bohn avaient été ses précurseurs en parlant du rachitisme et de la scrofule comme causes prédisposantes de cette affection. Omnius et du Souich soutenaient aussi la même cause en affirmant que ces malades avaient un aspect chétif, un système musculaire peu développé.

Mondière, le premier, en 1837, démontra que l'incontinence était loin d'être toujours sous la dépendance de cette faiblesse de la constitution, d'un vice du tempérament. Il rapporte des cas d'incontinents forts, à chairs fermes, sans aucun attribut du tempérament lymphatique. Il donna ainsi la clef du mystère. Les toniques et les amers restaient une médication anodine, sans résul-

tat, tandis que lui-même obtenait des guérisons avec des moyens thérapeutiques s'adressant soit à la vessie elle-même, soit aux centres nerveux qui régissent ses fonctions.

Les causes étiologiques sont nombreuses, héréditaires ou acquises. Leur nombre même semble expliquer l'obscurité qui enveloppe le chapitre de la maladie. En donnant les trois observations qui sont la base même de notre travail, et pour lesquelles l'étiologie sera, si possible, plus nette, moins hypothétique, nous ne pourrions avec Guinon, que nous trouvons exclusif, affirmer « qu'il n'y a là qu'une manifestation discrète d'une hérédité nerveuse légère, du nervosisme bénin, l'incontinence s'isolant complètement comme la dernière trace de cette hérédité ».

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Petit, le premier, expliqua psychologiquement l'incontinence d'urine. Pour lui, le trouble qui préside à la miction involontaire est d'origine centrale ; il est dû au mauvais fonctionnement des centres nerveux. Or, un trouble nerveux, fût-il passager et bénin, impressionne profondément la vessie, amenant ainsi des perturbations fonctionnelles.

Il divise les enfants qui urinent au lit en trois catégories : 1° ceux qui sont paresseux à se lever aux premiers avertissements. Avec cet auteur, Desault admit cette variété d'incontinence par paresse. La négligence des enfants à obéir aux premières injonctions du besoin d'uriner serait la cause déterminante d'une infirmité qui aurait déjà une cause prédisposante dans une irritabilité vésicale coexistante. « Beaucoup d'enfants, écrit-il, par paresse et par distraction, n'obéissent pas aux premiers aiguillons qui les invitent à rendre leurs urines et, pressés ensuite du besoin d'uriner, ils les laissent couler dans leur vêtements. » Ce genre d'incontinence, admis aussi par les pédiâtres modernes, malgré qu'il existe réellement, n'est pas très fréquent. Il est justiciable de la correction. Les parents, par une surveillance assidue et des

punitions bien raisonnées, arriveront à la guérison de leur enfant, mis en garde par la crainte du châtiment.

La deuxième catégorie de Petit comprend « les enfants qui dorment si profondément que la sensation qui précède le besoin d'uriner n'est pas assez forte pour les réveiller. Il n'y a pour ainsi dire que le col de la vessie qui sente et qui, accoutumé à obéir à cette sensation, s'ouvre machinalement et laisse passer l'urine sans que l'âme en soit avertie. « Valleix admettait aussi cette cause d'incontinence d'urine. De nombreuses objections ont été faites à cette théorie par Guinon, entre autres, combattu à son tour, avec grand talent, par Janet. Tous les enfants ont le sommeil profond, et tous ne sont pas des incontinents.

L'incontinence s'établira chez ceux qui y sont prédisposés et chez ceux-là seuls. Nous ajouterons, pour mémoire, que Delcourt rattache cette affection à l'habitude : « Toutes nos fonctions organiques, écrit-il, sont soumises aux lois de l'habitude. La vessie, comme les autres organes, subira ces mêmes lois. Elle se videra à certaines heures, sous certaines influences, la chaleur du lit entre autres. » Qu'un enfant pollakiurique diurne (ils ne sont pas rares parmi les incontinents) ne perçoive plus le besoin d'uriner et l'incontinence nocturne d'urine sera établie.

Appartiennent, enfin, à la troisième catégorie : « Ceux qui rêvent pisser contre un mur ou autres lieux. Ils sentent qu'ils ont envie d'uriner et ils urinent effectivement. Henoch, Janet et Choux défendirent avec talent cette théorie, que battirent en brèche avec un égal talent d'autres maîtres modernes. Il faut néanmoins admettre avec eux des malades n'urinant au lit que sous l'influence d'un rêve mictionnel, déterminé lui-même par une véritable

préoccupation vésicale. Ces psychopathes urinaires sont généralement des pollakiuriques au premier chef. « Si le sujet, écrit Janet, n'est pas assez malade pour ne pas oublier sa vessie la nuit, et s'il peut se distraire de cette pensée la nuit, la pollakiurie ne sera que diurne. Si la pensée urinaire persiste la nuit, au contraire (sous forme de rêves, par exemple), la pollakiurie sera nocturne comme diurne, et alors, si l'on a affaire à un enfant paresseux ou à sommeil profond, la miction se fera dans les draps. » (Janet.)

D'autres fois, le rêve semble ne s'adresser qu'indirectement à la miction. Au lieu de rêver qu'il urine lui-même, le malade rêvera qu'il voit un camarade uriner, entendra rouler un torrent ; ce sera souvent l'eau qui coule d'une gouttière qui provoquera des mictions involontaires.

Plus tard, à la puberté, les rêves se modifient, le sommeil devient moins profond et les enfants n'urinent pas au lit (Janet).

Comment expliquer, disent les adversaires de cette théorie, que tous les enfants atteints d'incontinence ne conservent pas souvenance de leur rêve à leur réveil.

Janet leur répond que le souvenir de son rêve mictionnel restera à l'enfant seul qui, se sentant mouillé par son urine, se réveillera sur le moment. Le souvenir du rêve en sera perdu pour celui qui ne se réveillera que le matin. Ce fait constitue une véritable loi de la psychologie des songes, et Maury, qui a admirablement traité cette question, dans son livre, *Le sommeil et les rêves,* a très souvent noté « qu'il faut se réveiller brusquement pour se rappeler des rêves qui emplissaient notre cerveau un instant auparavant et qu'on a grande chance, sans cette précaution, de les avoir oubliés complètement au réveil. Nous

verrons plus loin le traitement qui convient à ce genre d'incontinence que nous venons d'étudier.

Viennent ensuite les théories physiologiques. Deux idées principales groupèrent longtemps les auteurs : l'irritabilité vésicale et l'atonie sphinctérienne. Ces deux causes entreront un peu ensemble quelquefois pour produire l'énurèse. Tout récemment, la théorie réflexe a été donnée et bien défendue.

Irritabilité vésicale

Bichat, le premier, avait cru que l'incontinence, dans certains cas, pouvait être due à l'excès d'irritabilité de la vessie. Desault, Bretonneau, puis Trousseau, ce dernier spécialement, adoptèrent la théorie, à la suite de nombreux cas de guérison qu'ils obtinrent par la belladone, ce qui, pour eux, justifiait l'aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Vogel, Roux, Martin, Sims et Blach en furent les apôtres. Avec ces auteurs, l'incontinence d'urine infantile fut classée dans la grande classe des névroses. Trousseau crut pouvoir la définir : « Une névrose caractérisée par l'irritabilité excessive et la tonicité exagérée des fibres musculaires de la vessie ». Il fut amené à cette opinion, d'abord, par le résultat que lui donna le traitement par la belladone, qui est un antispasmodique et, ensuite, par cette observation que les malades pissent pendant le jour à jet violent et restent, pendant le sommeil, presque toujours en érection. Cette continuelle érection devait traduire une irritation de la tunique charnue de la vessie. On n'accorde plus de nos jours autant de confiance aux observations de Trousseau. Il est d'observation courante,

en effet, que les érections sont très fréquentes, nous pourrions dire continuelles, chez l'enfant endormi ; le simple décubitus dorsal, la réplétion de la vessie suffisent à les produire. Quant à la force du jet de l'urine, elle est variable avec les sujets. Elle s'aidera souvent de l'intervention des muscles abdominaux, et il reste bien difficile, dans ce cas, de distinguer la part qui revient à chacune de ces deux forces combinées.

L'opinion de Trousseau, malgré la très grande faveur dont elle a longtemps joui, est passible d'autres objections sérieuses. On comprend mal, en effet, qu'il puisse y avoir incontinence par excès d'irritabilité de la vessie seulement, sans qu'il coexiste en même temps un relâchement des organes destinés à la sortie des urines et une insensibilité de ces mêmes organes à l'impression de ces mêmes urines.

Chez les individus qui sont affectés d'incontinence pendant le sommeil seulement, la sensibilité est moins émoussée que chez les incontinents à la fois diurnes et nocturnes. Qu'une cause quelconque diminue chez eux l'influence des fonctions de relation, déjà très faibles sur la miction, et l'incontinence sera aussi bien diurne que nocturne, comme s'il y avait paralysie. Aussi, voit-on que, chez les enfants qui sont affectés d'incontinence d'urine pendant le sommeil seulement, une forte distraction, une application au jeu ou même au travail produisent souvent pendant le jour les mêmes effets que le sommeil en suspendant ou diminuant davantage l'influence de la sensibilité de relation affaiblie chez eux.

Janet a bien étudié et classé en trois groupes toutes les causes de cette irritabilité vésicale : 1° irritation périphérique, qui détermine des réflexes vésicaux exagérés (oxyures, phimosis, atrésie du méat, balano-posthite) ;

2° l'excitabilité réflexe exagérée de la moelle ; 3° cette action étrange et si bien étudiée par Mosso et Tellaconi (*Arch. ital. de biol.*, 1882) que les phénomènes psychologiques, surtout s'ils se rapportent à la vessie, peuvent exercer sur cet organe.

En définitive, si Trousseau a eu, imitant en cela ses devanciers, imité de même, plus tard, par ses successeurs, le grand tort de généraliser sa théorie, il n'en reste pas moins établi qu'elle est applicable à beaucoup de cas d'incontinence.

Nous citerons pour mémoire les discussions de Bercioux (*Gaz. hebdom.*, 1858), qui, malgré qu'adoptant en principe l'opinion de Trousseau, prétend qu'on s'est trompé sur les propriétés de la belladone. Loin de diminuer la tonicité des muscles, dit-il, elle augmente au contraire leur énergie. Et, pour lui, les différentes formes de l'incontinence d'urine des enfants sont sous la dépendance d'une atonie musculaire. Trousseau lui-même admettait cette atonie, mais pour un nombre de cas très restreints.

Plus tard, en 1872, Hertzka, dans une étude très documentée (*I. F. Kinderkrankheiten*), soutient que cette affection est causée par l'impuissance du muscle compresseur de l'urètre, dont les contractions sont provoquées à la fois par la volonté et par des actions réflexes.

Valleix admettait que le profond sommeil des enfants était seul cause de l'émission involontaire des urines, la contraction de la vessie n'étant plus perçue. L'atonie serait sphinctérienne et le corps de la vessie conserverait toute sa puissance de contraction, puisque, ainsi que l'avaient noté Mondière et Trousseau, l'expulsion de l'urine se fait à plein jet.

Civiale (*Tr. prat. sur les mal. des org. génito-ur.*)

pense que l'incontinence chez les enfants, a lieu par regorgement. Et il cite, à l'appui de son assertion, une observation qui ne saurait être un exemple d'incontinence essentielle. L'enfant atteint d'énurèse fut guéri par la lithotritie. Son incontinence ne paraît que traduire extérieurement un calcul vésical ; elle entre donc dans le cadre des incontinences symptomatiques. Cependant, Civiale lui-même avait été frappé de ce fait, que beaucoup d'enfants pissent au lit malgré la précaution qu'on a de les réveiller plusieurs fois dans la nuit. Aussi ne pouvait-il se résigner à croire que la vessie eût le temps de s'emplir suffisamment pour que l'urine s'écoule par regorgement.

Théorie de l'atonie sphinctérienne

M. Guyon incriminera dans l'incontinence d'urine, l'atonie du sphincter urétral ; nous ne ferons que lui emprunter sa propre description.

« Au point de vue anatomique et au point de vue physiologique, écrit-il, il existe deux urètres : l'un étendu du méat à la symphyse, simple canal d'excrétion ; l'autre, mesure tout l'espace compris entre la symphyse et l'orifice vésical. La présence de ce sphincter uréthral s'accuse toujours à l'état normal et chez tous les sujets, par un certain degré de résistance à l'introduction des instruments un peu volumineux. Au moment où l'explorateur s'engage sous le pubis, il y a un léger moment d'arrêt, accompagné d'une sensation pénible, perçue par le malade. Une fois ce point franchi, l'instrument arrive à la vessie sans rencontrer de nouvel obstacle.

» Or, chez les sujets atteints d'incontinence nocturne l'explorateur parcourt tout le canal en ne transmettant à la

main qui le guide, que de faibles sensations. Le sphincter urétral se laisse traverser sans difficulté. D'autre part, si l'on interroge avec soin le malade sur ses sensations diurnes, on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a moins exagération de la force expulsive que faiblesse du côté de la résistance sphinctérienne. Le besoin d'uriner doit être satisfait de suite, cela est vrai, mais il n'en a pas moins le caractère d'un besoin ordinaire. Il n'est ni douloureux, ni pénible. Il ne ressemble en aucune façon, à ces épreintes qu'on rencontre dans la cystite. Ce dont le sujet se plaint, c'est de ne pouvoir se retenir ».

Lui-même accuse son impuissance et cela en général, d'une façon nette et précise.

Partant de ces données, M. Guyon traite ses incontinents par l'électrisation de l'urètre membraneux ou profond. Ses résultats, dans beaucoup de cas, ajoutons-nous, furent satisfaisants, merveilleux même parfois, car à la suite d'une seule séance, on a vu complètement disparaître des incontinences. Plus souvent, le traitement a besoin d'être institué et suivi une quinzaine de jours durant, pour avoir raison de l'incontinence. Malheureusement, tous les cas d'incontinence ne se ressemblent pas et beaucoup d'entre eux ont résisté. avec une ténacité désespérante aux séances d'électrisation les mieux faites et souvent répétées. Comme ses devancières et comme, du reste, celles qui l'ont suivie, la théorie de M. Guyon ne saurait s'appliquer à tous les cas d'incontinence, et le reproche doit lui être fait, d'avoir voulu trop généraliser.

Guinon souleva de nombreuses objections que nous résumerons brièvement.

Pourquoi, dit-il, l'atonie du sphincter étant la vraie cause de l'incontinence, les filles, dont l'appareil musculaire est moins développé, sont-elles moins exposées à

cette infirmité que les garçons ? Dans cette même hypothèse, l'incontinence devrait être congénitale et diminuer avec l'âge, chez les garçons, à mesure que la prostate se développe. Or, la plupart du temps, l'incontinence apparaît généralement vers 5 ou 6 ans, et au lieu de régresser augmente avec l'âge de l'enfant.

Comment expliquer, ajoute Guinon, que les maladies fébriles, qui, cependant affaiblissent l'organisme, guérissent souvent l'incontinence?

En outre, pourquoi cette anomalie est-elle presque exclusivement nocturne ?

Nous ne saurions, pour notre part, adopter les conclusions de M. Guinon, qui se refuse à admettre cette variété d'incontinence, liée à l'atonie sphinctérienne ; et nous l'admettons comme une variété très importante.

A quoi peut tenir cette faiblesse du sphincter?

A de multiples causes ? — Elle peut être congénitale et relever d'une véritable malformation ou de la petitesse exagérée du sphincter urétral. Cet état coïncide habituellement avec un développement rudimentaire des organes génitaux externes ou avec l'hypospadias. D'autre part, elle peut chercher sa cause dans une paralysie du sphincter urétral qu'accompagne, le plus souvent, une paralysie homologue du sphincter anal. (Forgue, *Traité de chirurgie,* Duplay et Reclus).

L'hystérie explique généralement ces paralysies.

D'autres fois même on peut invoquer comme cause, la dilatation exagérée du sphincter urétral par l'introduction d'une grosse sonde ou d'un lithotriteur.

Bokai arrive avec une théorie mixte, tenant le milieu entre celles de l'atonie sphinctérienne et de l'irritabilité vésicale (*Gerhardt's Handbuch,* vol. IV, page 547). L'incontinence, pour cet auteur, trouverait sa cause dans un

défaut d'équilibre entre la force expulsive de la vessie et la force retenante, si l'on peut ainsi s'exprimer, du sphincter membraneux. La première s'exagérant pendant que s'affaiblit la seconde, l'incontinence en résulterait fatalement.

Rochet et Jourdanet, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 9 janvier 1898, soutiennent que, dans certains cas, l'incontinence nocturne précédée de la pollakiurie diurne, peut se rattacher à l'exagération de la sensibilité de l'urètre profond, cette région qui commande le besoin d'uriner, quand quelques gouttes d'urines viennent s'y engager.

L'insensibilité de cette même région produirait l'incontinence pour d'autres auteurs.

Desault, en 1803 avait déja manifesté cette opinion dans ses œuvres chirurgicales (*Malad. des voies urinaires*). « Chez certains enfants, dit-il, la sensation qui met en jeu la contractilité de la vessie et accompagne l'éjection des urines est si faible que cette fonction se fait sans un acte de volonté, sans exciter même une impression assez vive pour interrompre le sommeil. » Le passage de l'urine dans un canal urétral à sensibilité émoussée, affirment les partisans de cette théorie, ne saurait impressionner le malade, à qui il devient, dès lors, impossible de pouvoir volontairement contracter son sphincter. Dès que la vessie commence à exécuter son acte physiologique, la volonté est impuissante à l'interrompre. Cette théorie explique bien certains cas d'incontinence à la fois nocturne et diurne. Elle ne saurait en aucune façon expliquer ces fausses incontinences diurnes chez des sujets qui, au lieu d'avoir un urètre insensible, sentent même trop bien, puisqu'ils ont dans la journée des mictions auxquelles ils ne peuvent résister, à caractère impérieux et pressant.

Théorie du mouvement réflexe

Edifiée et soutenue par des pédiâtres éminents, cette théorie, une des dernières en date, a joui et jouit encore d'une très grande faveur dans le monde savant. Comme ses devancières, empressons-nous de le dire, elle a eu le tort de vouloir trop expliquer, et tous les cas d'incontinence d'urine ne sauraient s'englober dans son cadre.

Il arrive souvent, en effet, que chez des jeunes malades une exploration bien faite du canal de l'urèthre ne découvre pas d'atonie du sphincter membraneux.

L'irritabilité vésicale ne saurait dans ces mêmes cas expliquer à elle seule l'incontinence. Quelle en serait alors la véritable cause? Quelques guérisons obtenues par la circoncision engagèrent Trousseau, West, Henoch, Adams, Puissant, Philips, Tagnard, Magruder, Berger à croire que l'incontinence relève de l'irritation génitale créée soit par le phimosis, soit par des adhérences balano-préputiales, soit par le smegma préputial lui-même.

« Les concrétions sébacées interposées entre le prépuce et le gland, écrit Trousseau, provoquent une irritation qui se propage sympathiquement à la vessie ; cet organe est alors plus vivement sollicité à se contracter quand l'urine vient s'accumuler dans sa cavité. » La théorie de Trousseau a été quelquefois modifiée et de nos jours, l'*action réflexe* a remplacé l'*acte sympathique*.

Nous empruntons à une thèse de Bordeaux (Thèse sur l'incontinence d'urine, par Esperon-Lacaze, de Sardac, 1890-91), l'exposé de cette théorie.

« Les régions préputiale et vésicale reçoivent des bran-

ches du même département nerveux. Le plexus sacré envoie des branches qui vont se distribuer les unes directement à la vessie, surtout au niveau du col, et les autres viennent se rendre au plexus hypogastrique, qui innerve encore l'organe.

D'un autre côté, le plexus sacré fournit aussi une branche périnéale dont le rameau superficiel se divise en plusieurs filets d'une longueur remarquable ; ils longent la face inférieure de la verge, à laquelle ils se distribuent, et on peut les suivre jusqu'au prépuce. Le prépuce et le gland reçoivent aussi des filets nerveux du rameau externe de la branche dorsale de la verge.

Les connexions qui existent entre le plexus sacré et le plexus hypogastrique sont encore rendues plus intimes, grâce aux communications que nous trouvons entre le grand sympathique et la moelle.

Ces connexions nerveuses nous permettent d'expliquer facilement la production des mouvements réflexes entre la vessie et la région préputio-glandaire. Une excitation survenant au niveau de cette région sera accueillie par les deux rameaux de la branche dorsale de la verge, elle gagnera le nerf honteux et de là le plexus sacré, qui la transmettra à la queue de cheval et à la partie inférieure de la moelle. Là, elle peut se transformer en mouvement et revenir par l'intermédiaire du plexus sacré à la fibre musculaire vésicale.

Une autre explication peut être donnée à ce même fait : l'excitation partie du gland est transmise aux filets qui font communiquer le plexus sacré et le plexus hypogastrique ; or, nous savons que la vessie est réglée aussi par ces mêmes branches nerveuses.

On voit par la description qui précède comment, par action réflexe, le gland peut transmettre une excitation à

l'urine, l'obliger à se contracter, expulser normalement la vessie qu'elle contient, et créer de la sorte une incontinence. Il faut croire en même temps, lorsque cette infirmité n'est manifeste que pendant la nuit, qu'à l'état de veille l'action de la volonté peut réfréner les contractions vésicales.

Pour Adams et O'Farrell l'excitation préputiale naîtrait du smegma préputial qui s'accumule dans le sillon balano-posthique. S'il en était ainsi, toutes les incontinences seraient justiciables d'un traitement hygiénique, fait de soins de propreté. Or, que de fois cette infirmité ne résiste-t-elle pas à la thérapeutique précitée.

Et l'on expliquera alors d'autre façon cet acte réflexe. Le prépuce exagérément développé de l'enfant encapuchonne complètement le gland. Les deux surfaces mises en contact et frottant l'une contre l'autre, sont d'une exquise sensibilité, et, au moindre mouvement, la mise en jeu de cette sensibilité entraînera la contraction de la vessie. Nous mentionnerons, comme causes adjuvantes, la température élevée du lit, tenant l'enfant, nous l'avons vu, en continuelle érection, ainsi que la congestion médullaire du centre génito-spinal dans la position du décubitus dorsal.

Les polypes de l'urètre, les balanites, les vulvites, pourraient, agissant par le même mécanisme, provoquer des incontinences d'urine.

Pour être complet, nous mentionnerons les incontinences diurnes, que nous avons classées avec les incontinences symptomatiques, formant pour ainsi dire transition entre ces dernières et les essentielles, et ayant une relation causale avec les oxyures vermiculaires du rectum « qui en sortent la nuit pour se promener sur les organes génito-urinaires, provoquant par leurs allées et venues

une irritation qui fait contracter la vessie» (*Progrès médical*, 1886, Picard). Cette même relation causale existe entre l'hypertrophie des amygdales des polypes naso-pharyngiens et l'énurèse nocturne.

Major, du Canada, écrit le premier cette théorie et publia à son avantage trois observations d'incontinence d'urine sur des sujets porteurs de polypes naso-pharyngiens ou végétations adénoïdes guéris par l'ablation de ces divers obstacles au libre passage de l'air dans l'arbre bronchique. Ziern (*Allgemeine med. central Zeitung*, 1885), vérifia les idées de Major et les approuva, en publiant lui aussi des cas de guérison d'incontinences identiques par les mêmes procédés de traitement. Pour lui, l'incontinence, dans de pareils cas, est imputable à une accumulation anormale dans le sang d'acide carbonique.

Mosso et Pellacani (*Arch. ital. de Biologie*) firent des expériences avec succès. Après avoir bouché la trachée d'un chien, ouvert largement l'abdomen et s'être assuré qu'aucun mouvement n'était plus possible ils obtinrent de très fortes contractions de la vessie.

Pour être concluantes, ces expériences avaient besoin d'être bien expliquées, et dans les contractions de la vessie ainsi obtenues, les praticiens italiens cherchèrent la part qui était due dans le phénomène observé à l'influence de l'acide carbonique sur les éléments de la vessie, ou bien de l'asphyxie commençante sur les centres nerveux. Ils sectionnèrent à cet effet la moelle à la région lombaire, sans que pour cela les contractions aient en rien diminué. Poussant ensuite plus loin leurs investigations et pour mieux établir que l'acide carbonique seul, indépendamment des centres nerveux, influençait la vessie, ils détruisirent avec un gros fil métallique introduit dans le canal vertébral, toute la moelle, de la région cervicale au sacrum.

Les contractions de l'organe vésical avaient persisté.

Nichels cite des cas de guérison d'incontinences par l'ablation de polypes du nez.

La théorie dont nous venons de terminer l'étude est, croyons-nous, applicable à la grande majorité des cas d'énurèse. Les objections qui lui ont été faites ne sont guère sérieuses, et nous persistons à croire que certaines perturbations nerveuses, à quelque cause qu'elles se rattachent, sont susceptibles de produire l'incontinence. L'évolution dentaire, entretenant le système nerveux dans un état d'éréthisme permanent, agirait par voie réflexe sur la vessie, et l'incontinence s'installerait.

Théorie névropathique

Dans sa thèse d'agrégation, soutenue en 1889, Guinon, un des maîtres de la pédiâtrie contemporaine, fit, avec science et talent, le procès des diverses théories pathogéniques qui, jusqu'à ce jour, se disputaient la faveur des praticiens.

« Il n'est pas nécessaire, affirmait-il, pour expliquer l'incontinence d'urine, d'invoquer une altération locale anatomique ou fonctionnelle de la vessie ; elle résulte simplement d'un mauvais fonctionnement des centres nerveux ; elle n'est qu'une des multiples manifestations du nervosisme et de la dégénérescence mentale à tous les degrés. »

Le succès de Guinon fut retentissant et sa théorie ne tarda pas à prendre la place de ses sœurs aînées dans l'affection du monde médical : ainsi, dans une nombreuse famille, les câlineries et les tendresses de chacun s'en vont toutes à l'enfant dernier-né.

Et pourtant, avant même que d'exposer psychopathiquement, d'après Guinon, l'incontinence d'urine, et de développer les critiques que nous croirons devoir lui opposer, n'aurions-nous pas le droit de lui reprocher le rigorisme dont il fait preuve à l'égard des devanciers qui avaient tenté la même étude, et de trouver excessive, tout au moins, son assertion quant à la pathogénie uniformément névropathique de l'incontinence d'urine essentielle ?

Comme ses prédécesseurs, il a trop voulu généraliser, et, si nous admettons avec lui que beaucoup d'incontinents ont à supporter le poids d'une hérédité psychique similaire ou collatérale, nous ne saurions, par les raisons que nous donnerons ultérieurement à la fin de ce chapitre, croire que chez tous les inférieurs du même ordre, une tare héréditaire nerveuse doive dominer la scène pathologique.

Nous laisserons la parole à Guinon pour l'exposé de sa théorie :

Après avoir, d'accord sur ce point avec Janet, reconnu diverses incontinences d'urine d'origines variées, il fait brièvement le procès de nombreuses théories pathogéniques qui, dit-il, « n'ont été adoptées que par leurs auteurs ou ne répondent qu'à un nombre de cas tout à fait restreints ». Les théories de Trousseau et de Guyon ne trouvent pas grâce auprès de lui et, seul, J.-L. Petit « a fait une analyse plus exacte dans les théories qu'il propose, car elles se rapprochent par quelque côté de la théorie psychique qui nous permet actuellement d'interpréter le plus grand nombre d'incontinences ».

L'incontinence des dégénérés et des névropathes d'origine psychopathique est l'incontinence essentielle, vraie, que l'on observe journellement chez les enfants ; elle a les plus étroites parentés avec les autres manifestations

du nervosisme et de la dégénérescence psychopathique.

« En relevant les antécédents héréditaires des incontinents, on trouve chez la mère l'hystérie, chez le père l'alcoolisme; chez l'un ou l'autre, les convulsions pendant le jeune âge, les névralgies, la céphalée, l'angine de poitrine, le somnambulisme, la neurasthénie, l'hypocondrie, l'épilepsie, la débilité mentale, l'aliénation, les malformations congénitales, le strabisme ; mêmes phénomènes, mêmes caractères chez les collatéraux, oncles ou tantes, depuis les plus bénins jusqu'aux plus graves ; enfin, l'incontinence d'urine elle-même se retrouve dans les ascendants souvent liée aux manifestations ci-dessus (hérédité similaire) ; mais, tandis que celles-ci s'atténuent et disparaissent chez les descendants, l'incontinence se transmet comme le dernier vestige d'une hérédité nerveuse dont les traits se sont effacés. Il n'est pas moins intéressant d'étudier les frères et sœurs du malade; le plus souvent, on découvre ainsi quelques anomalies anatomiques ou fonctionnelles, y compris l'incontinence ; il est rare, en effet, qu'un seul enfant soit atteint dans une famille à l'exclusion des autres, et l'on peut trouver ainsi dans une même famille tous les stigmates nerveux, convulsions, chorée, terreurs nocturnes, débilité intellectuelle, malformations.

Guinon passe ensuite à l'étude du malade lui-même. Elle offre plus d'un enseignement, dit-il. Dans sa première enfance, il a eu parfois des convulsions, des terreurs nocturnes, puis, il a marché tard. Sa physionomie est souvent caractéristique : tantôt émotive, craintive avec léger exorbitis, tantôt atone et inerte ou soupçonneuse et sournoise. Quelquefois la face et le crâne sont asymétriques, les cheveux, vicieusement implantés, forment un double tourbillon et descendent très bas sur un front déprimé. La

voûte palatine est ogivale et profondément excavée. L'arcade dentaire supérieure est rétrécie et comme conséquence offre un prognathisme plus ou moins marqué. Les dents sont inégales, dirigées en tous sens et s'imbriquent. Les pavillons des oreilles sont mal conformés insérés en anse sur le crâne, avec un lobule sessile. N'avons-nous pas là les *stigmates somatiques* que l'on assigne aux dégénérés (Moret, Magnan, Legrain)? mais ils sont le plus souvent atténués ; peu nombreux ils veulent être cherchés.

Et, sur cette affirmation, il termine son étude pathogénique. « La miction involontaire nocturne est donc un stigmate d'hérédité nerveuse, mais c'est un stigmate bénin, car, s'il peut coïncider avec une dégénérescence grave résultant d'une lourde hérédité psychique, il est aussi la manifestation discrète d'une hérédité légère, d'une névropathie atténuée ; il peut s'isoler complètement comme la dernière trace de cette hérédité ».

Malgré sa simplicité apparente, la théorie de Guinon ne nous explique guère par quelle série de processus peut s'opérer cette mutation, comment une névrose grave, l'hystérie ou l'épilepsie, peut s'atténuer chez des héréditaires, ne laissant d'autres traces de son passage qu'une manifestation relativement bénigne, l'incontinence d'urine.

Il nous semble même qu'une contradiction puisse exister entre ces mêmes névroses ayant tendance à s'aggraver avec l'âge et une affection naissant pour ainsi dire avec l'enfant, et disparaissant à la puberté, la plupart du temps même sans aucune intervention thérapeutique.

Nul n'ignore, en effet, qu'un épileptique ne verra s'atténuer sa névrose que s'il s'astreint à suivre régulièrement et toujours un traitement assez compliqué.

Que si, d'un autre côté, cette hérédité psychique devait être la génèse de l'énurèse essentielle, aucune confirma-

tion plus scientifique et moins attaquable ne pourrait lui être fournie par le nombre fatalement considérable des incontinents d'urine qui devrait encombrer les maisons pénitentiaires ou correctionnelles, véritables pépinières de dégénérés où s'entassent des milliers d'enfants de 11 à 20 ans, ayant, pour la plupart, pourquoi ne dirions-nous pas tous? à supporter le poids d'hérédités morbides.

La colonie d'Aniane pourrait nous servir à souhait: nous n'avons pas voulu manquer si belle occasion et nous nous sommes imposé ce court voyage pour nous éclaircir à ce sujet. Et force nous est d'avouer que, si d'un côté nous avons rencontré chez tous les pensionnaires soumis à notre examen les caractères somatiques de la dégénérescence (face et crâne asymétriques, lobule de l'oreille sessile, voûte palatine en ogive, implantation des dents défectueuse), le nombre des incontinents n'y est guère, toutes proportions numériques gardées, plus fort que dans une clinique d'enfants à l'hôpital.

Si, dans un même ordre d'idées, si une même origine psychopathique devait expliquer toutes les incontinences, elles devraient toutes relever d'un seul et unique traitement, les toniques sédatifs et les nervins; l'antipyrine, les bromures, l'hydrothérapie et les ferrugineux seraient les seuls agents souverains susceptibles d'être employés pour en obtenir la disparition. On ne compte plus cependant les excellents résultats que donnent les autres médications énumérées au chapitre *Traitement*. A quoi serviraient l'électricité, la circoncision? Si l'on admettait la théorie de Guinon, le traitement par la suggestion n'aurait plus de raison d'être et les autres agents médicamenteux empruntés à la matière médicale devraient être proscrits de la thérapeutique de l'incontinence.

Et pourtant la belladone, entre autres, a déjà fait ses

preuves et les résultats passés nous répondent de l'avenir, elle continuera quand même à être préconisée au premier chef, et de nombreux malades continueront à lui devoir leur guérison.

Théorie de M. le professeur Baumel. — Une même origine réflexe expliquerait toutes les énurèses. Mais comment ce phénomène réflexe se produirait-il ? La dentition en serait le point de départ, d'après notre maître, M. le professeur Baumel. Cet acte, tout physiologique qu'il soit, n'est pas moins souvent accompagné d'un cortège d'accidents variés, intéressant, on peut dire, tous les organes et se manifestant de très singulières façons. Nul ne peut nier l'éréthisme nerveux qu'il produit.

Nous n'entrerons pas dans le détail d'une description anatomique du trijumeau, de ses origines et de sa topographie fonctionnelle. Rappelons simplement que, seuls, parmi ses branches, les nerfs maxillaires supérieur et inférieur et plus spécialement leurs rameaux dentaires nous intéressent. Or, les branches terminales du trijumeau excitées par l'évolution dentaire, cette excitation se transmettra au bulbe et au cerveau. De là, retentissement sur la moelle. Cette dernière, distraite pour ainsi dire de ses fonctions, cessera de commander à la vessie Et la moindre des excitations agissant sur cette dernière la mettra en état de contraction permanente. L'incontinence s'établirait ainsi.

Car l'urine suffirait seule à maintenir en état d'éréthisme la vessie ; elle serait alors toujours en contraction par mécanisme réflexe.

OBSERVATIONS

Observation Première

Recueillie dans le service de M. le professeur Baumel. — (Clinique des maladies des enfants de l'Hôpital Suburbain.)

L. S..., 6 ans et demi, entre dans le service, salle des garçons, n° 6, le 14 mars 1899.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Malgré un interrogatoire méticuleux de ses père et mère, nous n'avons trouvé aucune tare nerveuse, ni similaire, ni collatérale chez les ascendants.

Histoire personnelle. — Cet enfant a eu la rougeole à deux ans.

Histoire de la maladie antérieure. — Depuis 6 mois environ, nous raconte la mère, l'enfant pisse au lit. De nombreux traitements, qu'elle a fait suivre à son enfant, sont restés inefficaces ; c'est ce qui l'a décidée à le faire hospitaliser.

15 mars. — Le lendemain de son entrée, l'enfant est examiné. Rien du côté des appareils circulatoire et respiratoire. Aucune malformation congénitale du côté des organes génitaux externes. Ni hypospadias, ni phimosis, ni atrésie du méat, ni adhérences balano-préputiales ; du

côté de l'anus, pas d'oxyures. Le cathétérisme ne découvre rien d'anormal.

L'enfant accuse un mal à la tête (du côté gauche). Il a saigné du nez la nuit précédente. Nous le faisons préciser, et c'est la narine gauche qui a été le siège de l'épistaxis. Il a uriné dans ses draps, pendant la nuit.

La coexistence de ces divers symptômes : mal à la tête localisé du côté gauche, épistaxis du même côté et incontinence d'urine, et âge du sujet attire immédiatement notre attention du côté de l'appareil dentaire.

Etat de cet appareil. — Les troisièmes molaires supérieures et inférieures droites sont sorties, mais n'ont pas fini leur évolution extra-maxillaire. La troisième molaire supérieure gauche pointe à peine, et ses pointes postérieures sont encore recouvertes par la muqueuse gingivale. La troisième molaire inférieure du même côté n'a pas encore percé, et la muqueuse qui la recouvre est tuméfiée.

La pulpe de l'index droit permet, à travers la muqueuse boursouflée, d'en sentir les pointes.

18. — Nous concluons à de l'incontinence d'urine occasionnée par l'évolution dentaire.

On prescrit au malade le traitement habituel.

Eau de lactophosphate de chaux à 5/100, 30 grammes par jour.

Le soir, au coucher, 1 pilule de Trousseau.

Les liquides sont supprimés à partir de 4 heures de l'après-midi, et l'enfant ne boit qu'un verre d'eau vineuse au repas du soir.

20 mars. — Légères épistaxis, toujours de la narine gauche. Le mal à la tête a disparu. L'enfant continue à uriner au lit.

22. — L'enfant a de nouveau de l'incontinence. La

céphalée a reparu. On lui donne de l'antipyrine, 0 gr. 60 en deux cachets ; on continue toujours les premières prescriptions.

28. — L'incontinence, qui s'était arrêtée depuis 5 jours, reparaît encore. On augmente de 10 grammes la dose de lactophosphate de chaux, ainsi portée à 40 grammes, on y ajoute 40 grammes de sirop de quinquina.

10 avril. —Avec l'index de la main droite, préalablement aseptisé, nous découvrons une pointe de la troisième molaire inférieure gauche. On continue le traitement.

5 mai. — L'enfant ne s'est oublié dans ses draps que quatre fois depuis le 10 avril. La troisième molaire inférieure gauche est presque à découvert.

26. — Depuis le 5 du même mois, le malade a pissé au lit trois fois.

18 juin. — Nouvelle épistaxis de la narine gauche. Toutes les pointes de la troisième molaire inférieure gauche sont hors de la muqueuse gingivale. Nouvelle émission involontaire d'urine la même nuit.

27. — La troisième molaire supérieure gauche est au même niveau que ses voisines. La même molaire inférieure continue son évolution extra-maxillaire.

8 juillet. — De nouveau, il y a eu de l'énurèse nocturne.

25. — L'état de la dentition est satisfaisant ; depuis le 8, l'enfant n'a plus perdu involontairement ses urines. On suspend les pilules de nouveau ; mais il continuera à prendre du phosphate de chaux et du sirop de quinquina.

4 août. - L'enfant semble guéri depuis près d'un mois qu'il a cessé d'avoir de l'incontinence ; on lui signe son billet et il quitte l'hôpital à cette dernière date.

Depuis cette époque, l'énurèse n'a plus reparu.

Observation II

Recueillie dans le service de M. le professeur Baumel
(Clinique de l'Hôpital Suburbain)

Gaston L..., 12 ans 1/2, entré dans le service, salle des garçons, lit n° 6, le 10 novembre 1897.

Ant. hérédit. — Nuls. Père et mère bien portants.

Ant. pers. — Rougeole à 2 ans, Bronchopneumonie à 3 ans.

Histoire de la maladie actuelle. — Depuis plus de deux mois, l'enfant urine au lit la nuit, sans le sentir, comme il le dit lui-même. La mère a remarqué que son enfant fait à tout instant et malgré lui des grimaces.

11 novembre. — A pissé au lit la nuit précédente. L'enfant est soigneusement examiné. Il est de complexion normale, et ne présente aucune tare de ses principaux organes. Aucune malformation congénitale du côté des organes génitaux. Pas d'ascarides ni d'oxyures.

En l'observant longuement et avec attention, nous constatons quelques contractions involontaires des muscles de la face et quelques soulèvements d'épaule. Ces derniers, très légers, passeraient inaperçus pour un œil non exercé.

Etat de la dentition. — Quatrième molaire supérieure droite à peine sortie, quatrième molaire supérieure gauche manque ; font aussi défaut les quatrièmes molaires inférieures droite et gauche, ainsi que les canines supérieures et inférieures de remplacement.

Les deuxièmes petites molaires de remplacement, supérieures comme inférieures, n'ont pas fini leur évolution extra-maxillaire.

Diagnostic. — Chorée atténuée et incontinence nocturne d'urine d'origine dentaire.

Traitement. — Bromure de potassium 50 centig. par jour, en potion.

Eau de lactophosphate de chaux. .	40 gr.
Vin de quinquina	40 gr.
Fer réduit	ââ 0,10 centigr.
Rhubarbe	

Suppression de tout liquide à partir de 4 heures du soir. Au coucher, une pilule de Trousseau.

Extrait de belladone	ââ 0,01 centigr.
Poudre de belladone	

12. — Le malade a uriné au lit, céphalalgie frontale.

15. — Chaque nuit, il y a émission d'urine dans les draps.

18. — Engorgement des ganglions sous-maxillaires ; ganglion du volume d'un œuf de pigeon à l'angle de la mâchoire droite.

22. — Mal à la gorge. N'a pas uriné depuis deux jours. Angine légère et gingivite dues à l'évolution dentaire Gargarismes boriqués.

A l'intérieur :	chlorate de potasse. .	3 gr.
	Sp. de mûres. . .	ââ 20 gr.
	Miel rosat	
	Eau.	100 gr.

27. — L'angine a disparu. L'enfant a pissé au lit cette même nuit.

5 décembre. — Les contractions brusques et involontaires de quelques muscles de la face ont presque com-

plètement disparu ; le haussement d'épaule persiste, ainsi que l'incontinence, qui dure sans rémittence depuis trois nuits.

11.— Epistaxis dans la matinée, précédée de céphalée. La quatrième molaire supérieure droite est complètement dégagée de la muqueuse gingivale. Sa congénère fait saillie sous la muqueuse tuméfiée. Les quatrièmes molaires inférieures n'ont pas encore paru.

Les canines inférieures et supérieures ont fait irruption à travers la muqueuse et pointent déjà.

28.— L'enfant a uriné au lit 5 fois depuis le 10 du même mois. Les haussements involontaires d'épaule ont cessé. On supprime le BrK.

10 janvier 1898. — A uriné au lit la nuit dernière. Les canines continuent leur évolution extra-maxillaire, ainsi que la quatrième molaire supérieure droite. La quatrième même molaire gauche est en partie enfouie sous la muqueuse gingivale. Les molaires homologues inférieures manquent toujours.

16. — Douleur au niveau de la quatrième molaire inférieure droite, qui empêche le malade de dormir. Gencive tuméfiée de ce côté : a uriné au lit.

18. — A uriné au lit.

20. — Même observation.

25. — Douleur interne au niveau de la quatrième molaire inférieure droite non encore sortie. Gencive tuméfiée à ce niveau.

29. — Céphalée, à droite surtout.

4 mars. — Le malade, qui n'avait pissé dans ses draps que trois ou quatre fois dans le courant du mois de février, a eu de nouveau de l'énurèse cette nuit.

Etat des dents ; quatrième molaire droite inférieure a quitté l'alvéole, presque complètement. Les canines ont

à peu près fini d'évoluer ainsi que les deuxièmes molaires de remplacement.

22. — Epistaxis de la narine gauche, engorgement du ganglion de l'angle de la mâchoire gauche. La quatrième molaire inférieure gauche est sur le point de percer.

6 mai. — Après une longue intermittence, le malade a uriné cette nuit. Les quatrièmes molaires supérieures continuent leur évolution. La partie antérieure de la même molaire inférieure gauche est à découvert.

Sa congénère continue aussi son évolution extra-maxillaire.

25. — Le malade n'a plus uriné au lit depuis le 6 mai dernier.

15 juin. — La quatrième molaire inférieure a définitivement percée ; l'énurèse ne reparaît pas.

L'enfant ne voulant plus rester à l'hôpital, on lui signe son billet de sortie.

Le 12 août, c'est-à-dire deux mois après, nous avons eu l'occasion de revoir notre ancien malade accompagné de ses parents, qui nous déclarent formellement que, depuis sa sortie, leur enfant n'a plus mouillé ses draps.

Observation III

Due à l'obligeance de notre ami le docteur Andrieu, chef de clinique, service de M. le professeur Baumel.
(Clinique des enfants, Hôpital Suburbain).

Louis S..., 14 ans 1/2, observé en ville, comme client, par le docteur Andrieu, le 17 juin 1899.

Ant. héréd. — Parents bien portants.

Ant. pers. — Rougeole à 2 ans, incontinence nocturne entre 6 et 7 ans.

Histoire de la maladie actuelle. — Urine au lit la nuit depuis plus d'un an. Tous les traitements employés jusqu'à ce jour ont échoué.

Nous n'avons pas été appelé auprès du malade pour son incontinence, mais pour un embarras gastrique fébrile, qui disparut au bout de 3 ou 4 jours. Ce ne fut qu'après la guérison de cette courte maladie que les parents nous avouèrent l'infirmité dont leur enfant souffrait depuis plus d'un an.

Nous avions mis cet embarras gastrique sur le compte de l'évolution des deux quatrièmes molaires inférieures, sur leur compte également nous mettons cette énurèse, et nous prédisons presque certainement la disparition de l'incontinence avec la fin de l'évolution de ces mêmes dents.

Nous le soumettons à notre traitement :

Tous les soirs, au coucher, une pilule de Trousseau, et, par jour, 40 grammes de lactophosphate de chaux ;

Suppression presque complète de boissons, le soir.

16 juillet. — L'évolution des quatrièmes molaires inférieures continue normalement. Elles sont toutes deux à peu près détachées de la muqueuse gingivale, qui les recouvrait partiellement lors de notre premier examen. L'enfant, qui urinait involontairement presque toutes les nuits, n'a mouillé ses draps que sept à huit fois, entre le 15 juin et la même date de juillet. On continue le traitement.

10 août. — L'enfant s'est oublié trois fois depuis le 16 juillet.

8 septembre. — L'évolution des molaires est en très bonne voie. Depuis le 10 août, l'enfant n'a plus eu qu'une émission nocturne involontaire.

25. — Plus d'incontinence. On supprime les pilules de Trousseau. On conserve toujours le lactophosphate.

18 octobre. — L'incontinence n'a plus reparu; l'évolution des molaires est aux trois quarts achevée.

29. — On nous appelle parce que l'enfant a uriné au lit la nuit précédente. Nous continuons le lactophosphate.

Nous ne retournons plus chez notre malade, complètement guéri de son infirmité.

Notre curiosité scientifique avait été mise en éveil, dès que commença l'observation de notre premier malade, par le mauvais état de la dentition. Déjà notre conviction était faite que là résidait la cause pathogénique de l'énurèse qu'il nous fallait soigner. L'analyse nous donna raison par la suite. De fait, le cathétérisme de l'urètre n'avait rien découvert d'anormal; à la vue, aucune malformation congénitale appréciable, ni phimosis, ni atrésie du méat, ni adhérences balano-préputiales, ni hypospadias; du côté des antécédents, nos investigations restaient négatives. Chez les ascendants, aucune tare nerveuse similaire directe ou collatérale. Tous les symptômes faisaient défaut, qui auraient pu rattacher ce cas aux diverses théories pathogéniques que nous avons antérieurement étudiées.

Le mauvais état de la dentition devait alors seul nous préoccuper, et, avec d'autant plus de raison que, dans nos trois observations, l'énurèse essentielle n'était pour ainsi dire que le gros point noir dans un tableau où figuraient, au second plan, d'autres accidents de la dentition : épistaxis, céphalée, etc., etc.

La marche même de la maladie ne pouvait que rassurer notre diagnostic. L'énurèse disparaissait progressivement d'un côté, pendant que, de l'autre, les dents s'élevaient progressivement aussi au-dessus de leurs cavités alvéolaires, aidées dans leur travail par des composés de chaux qui, accompagnés d'une hygiène bien dirigée, faisaient tous les frais de la thérapeutique.

Nous nous arrêterons un peu sur les accidents de la dentition. Nombreux autant que variés, ils sont connus même du public, et nous n'exagérons rien en affirmant qu'il n'est aucune mère ne connaissant le lourd tribut de mortalité que paient à la dentition les jeunes bébés.

Dans un grand nombre de cas, l'éruption des dents se fait silencieusement et ne s'accompagne d'aucun phénomène subjectif. D'autres fois, la gencive tuméfiée devient le siège d'une vive douleur. L'enfant y porte les doigts ; il salive abondamment et tette avec peine ; il est très irritable et dort peu. Les accidents deviennent plus graves quand ils s'adressent au tube digestif ou au système nerveux.

Les accidents sympathiques viennent au premier rang. Citons : la diarrhée, les vomissements, la fièvre de dentition, l'entérite des nouveau-nés. D'autres troubles nerveux s'observent aussi : convulsions, accidents éclamptiques variés, symptômes nerveux simulant la méningite. On a vu apparaître aussi, avec l'évolution de la première dentition, des toux spasmodiques ; plus fréquemment, des conjonctivites, des ophtalmies, des otites et enfin des éruptions cutanées connues sous le nom de *feux des dents*. Le traitement de ces diverses manifestations morbides offrant rarement une gravité persistante s'adressera aux différents moyens pouvant faciliter l'éclosion des dents.

Des accidents analogues surviennent à la seconde

dentition, qui s'accompagne souvent d'adénites, d'épistaxis, de névralgies rebelles, cédant généralement aux moyens thérapeutiques préconisés plus haut, surtout à l'incision de la muqueuse gingivale. Avec la seconde dentition, on a vu évoluer aussi des névroses, produites sympathiquement par action réflexe.

Nous ne nous attarderons pas davantage sur les accidents consécutifs inhérents même à l'évolution dentaire. Notre prétention n'est pas de les noter tous. Il nous suffira d'en avoir mentionné quelques-uns pour mieux faire sentir combien leur nombre en est grand, leur variété considérable.

Or, si l'on compare, faisant table rase des exceptions la date habituelle de l'apparition de l'énurèse essentielle et celle, très variable aussi, de l'apparition aussi bien des dents de lait que des dents de remplacement, on est frappé de la coexistence commune et de cette infirmité et et d'un travail de dentition chez celui qui en est atteint.

Agissant sur le système nerveux, devenant le plus souvent impressionnable, irritable même, cette action réflexe ne pourrait-elle pas, par le trijumeau, se transmettre au bulbe, et de là, par voie médullaire retentir sur la vessie? L'incontinence serait ainsi comprise. Et la disparition de cette même maladie à la puberté, ne coïncide-t-elle pas avec l'éclosion des dernières grosses molaires? Ces dernières complètement développées, l'excitation nerveuse disparaîtrait et avec cette dernière l'irritabilité de la vessie, par suite, l'incontinence. Nous avons pu observer nous-même, chez un de nos amis, étudiant en médecine, une énurèse nocturne d'urine, coexistant avec une névralgie faciale très douloureuse et une forte tuméfaction gingivale au moment où perçait la dent de sagesse. Un examen minutieux et l'examen des

commémoratifs ne nous permirent de rattacher cette incontinence à aucune affection préexistante des organes génito-urinaires. Au surplus, notre conviction ne pouvait être mieux établie que par la *disparition* du symptôme énurèse avec l'*apparition* de la dent de sagesse, cause de tout le mal.

Guinon lui-même n'écrit-il pas dans son chapitre sur les *Névroses urinaires à propos de la pollakiurie nerveuse* qu'elle peut survenir à la suite d'un état nerveux passager, tel que celui que provoque la dentition? Or, pollakiurie et incontinence sont unies par des liens de parenté très étroits, et certes, ce même état nerveux se traduisant par de la pollakiurie pourrait tout aussi bien se traduire par de l'énurèse. S'il n'est que passager tant que la dentition s'opère normalement, avec les accidents qui peuvent accompagner cette dernière, l'éréthisme nerveux deviendra permanent et ainsi s'expliqueraient non tous, mais certains cas d'énurèse durant jusqu'à la puberté, à l'âge où l'enfant aura fait presque complètement sa seconde et définitive dentition.

Les expériences de Mosso et Pellacani, rapportées par Janet, sont concluantes sur les rapports étroits qui régissent les fonctions de la vessie. « Tout travail cérébral, écrit Janet, s'accompagne d'une contraction de la vessie ». D'un autre côté, Born a pu dire que « la vessie est le miroir de l'âme ».

Cela étant admis, on peut admettre aussi sans étonnement que la dentition troublant le système nerveux puisse, par ce même fait, occasionner des troubles de l'excrétion urinaire.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le nombre des théories pathogéniques que nous venons d'exposer nous explique le nombre plus grand encore des médications proposées et des spécifiques infaillibles tour à tour préconisés par les auteurs qui ont étudié cette infirmité. Cette apparente richesse de l'arsenal thérapeutique prouve que si quelquefois l'incontinence est rebelle à tout traitement, il faut admettre que, d'habitude, les insuccès tiennent, au premier chef, à un diagnostic insuffisant qui n'en a pas dégagé la véritable étiologie.

Pour obvier à cet inconvénient, le praticien ne saurait s'entourer de trop de précautions pour bien définir son énurèse. Et d'abord, est-elle symptomatique ou essentielle? Le médecin, par un examen minutieux, s'assurera qu'il n'existe aucune malformation congénitale des organes génitaux externes. Du côté de l'anus, il recherchera la présence des oxyures et des ascarides.

Si ses investigations sont négatives, il procèdera avec une bougie olivaire à l'exploration du canal urétral, notant méticuleusement les impressions transmises par la sonde à chaque ressaut des sphincters; se préoccupant ensuite de la présence possible de calculs dans la vessie. Poussant plus loin, il recherchera s'il n'existe aucune lésion nerveuse cérébrale ou médullaire.

Cet examen terminé, la préoccupation constante du praticien sera de connaître la véritable cause étiologique de l'incontinence qu'il doit soigner.

Son malade est-il un incontinent paresseux, ou bien y a-t-il chez lui de l'atonie sphinctérienne ou bien encore son énurèse tient-elle à de l'hyperexcitabilité vésicale, ou bien est-elle simplement réflexe ? Autant de points différentiels qu'il faudra bien préciser pour avoir des indications thérapeutiques susceptibles d'une grande efficacité dans la grande majorité des cas.

En passant en revue les différents traitements préconisés, nous les classerons d'après les théories pathogéniques auxquelles ils s'adressent spécialement. Au risque d'être taxé de prolixité, qu'on nous pardonne de mentionner pour mieux les proscrire, les moyens qui furent longtemps employés pour cette maladie Leur but était de frapper fortement l'imagination des enfants. Et les résultats obtenus allaient, malheureusement trop souvent, à l'encontre des désirs de ceux qui, dans l'espoir de guérison « faisaient écraser par les enfants, et dans leurs mains, des souris vivantes, les faisaient assister à l'agonie d'un moribond, ou, brusquement, les mettaient en présence d'un cadavre, ou les surprenaient à l'aide de fortes détonations.

Il est un fait devenu banal, même dans le vulgaire, que sur des enfants impressionnables et nerveux, la barbarie de tels procédés, au lieu de la guérison tant désirée, ne devait qu'amener un dérangement cérébral se traduisant le plus souvent par des crises hystériques ou épileptiques.

Toujours dans le même ordre d'idées, et pour montrer jusqu'à quel degré d'absurdité peut conduire une crédulité superstitieuse, nous mentionnerons quelques-uns des

moyens réputés spécifiques qui eurent leur temps de vogue : tels le gésier d'un coq rôti et mis en poudre, la vessie d'une chèvre ou d'un sanglier, le poisson que l'on trouve dans le ventre du brochet, les souris rôties ou réduites en cendre, qu'on faisait manger de force aux petits malades.

D'autres fois encore, les parents, pour guérir un fils où une fille, s'ingéniaient à qui pouvait l'humilier davantage, tantôt lui reprochant son incontinence devant des personnes étrangères, tantôt l'exposant aux railleries de ses camarades, leur infligeant aussi de trop sévères corrections. Ces moyens restaient inutiles, à moins de s'adresser à la catégorie des incontinents paresseux, bien étudiés par Petit ; et il y avait réellement de la cruauté à punir un enfant d'une faute qu'il n'était pas en son pouvoir d'éviter.

Nous resterons sévère pour juger aussi les moyens mécaniques inventés dans le même but, pour empêcher l'écoulement. Divers compresseurs de l'urètre ont été inventés, que l'on applique sur la verge et qui pressent l'un contre l'autre les parois du canal urinaire.

Pour les femmes, on employait un bandage à ressort comprimant l'urètre contre la symphyse au moyen d'une pelote introduite dans le vagin. On avait inventé des urinoirs portatifs se fixant par une ceinture autour des hanches et se composant d'un réservoir imperméable attaché à la jambe et communiquant au moyen d'un tube flexible avec une partie évasée dans laquelle entre la verge.

Corrigan préconisa lui aussi un moyen mécanique. Il faisait coucher les enfants sur un lit incliné, les pieds sur un plan plus élevé que la tête, croyant que de cette façon l'urine n'aurait pas pu s'accumuler dans le bas-fond vésical. Ainsi, elle n'aurait pas eu de tendance à s'écouler au

dehors. Ce traitement purement imaginatif ne saurait être pris en considération sérieuse, car il ne s'adresse pas à la cause, quelle qu'elle soit, de l'affection.

Notons encore le procédé consistant à boucher le méat avec du collodion ou à mettre une ligature sur la verge. Cette médication est à la fois anodine et dangereuse, dangereuse surtout, car la littérature médicale rapporte des cas de fistules consécutives à la ligature de la verge (Loumeau, *Chirurgie des voies urinaires*).

Nous entrerons, maintenant, au cœur de notre sujet avec l'exposé des différentes méthodes thérapeutiques raisonnées s'adressant directement à l'étiologie de l'affection. La théorie de Petit, étant la première étudiée dans notre chapitre *Pathogénie*, nous relaterons les moyens moraux ou psychiques employés pour soigner les incontinents de ses trois catégories :

Moyens moraux et psychiques. — Le premier soin sera de faire perdre au malade, le plus vite possible, ses préoccupations mictionnelles. Aussi les parents devront-ils éviter les mauvais traitements. Ils ne battront pas leurs enfants, se garderont de les punir sévèrement : car, loin d'amener la guérison, ces procédés peuvent avoir un retentissement fâcheux, à la fois sur l'évolution de la maladie et sur le système nerveux du malade.

Vogel et Hénoch frappent fortement l'imagination et publient de nombreux cas de guérison ainsi obtenus.

Les guérisons de malades dès leur entrée à l'hôpital sont loin d'être rares, amenées par des corrections diverses. Il va sans dire que ces procédés s'adressent aux seuls incontinents par paresse ou distraction.

Liébeault, (*Bull. pour l'Av. des sciences*, 1886, Nancy)

préconisa l'hypnotisme, qu'il avait employé avec plein succès, sur des incontinents psychopathiques.

Bernheim, Bérillon et Gibotteau confirmèrent l'opinion de Liébeault, en publiant les bons résultats par eux obtenus.

Le malade est endormi par suggestion et, par suggestion, on cherche à faire pénétrer l'idée de guérison dans son cerveau.

Dès que son sujet est plongé dans le sommeil, Liébeault affirme à haute voix la disparition des symptômes qu'il ressent à l'état de veille, lui persuadant qu'ils n'existent plus ou sont près de disparaître. «On profite, écrit-il, de la réceptivité psychique spéciale créée par l'hypnotisme, de la docilité cérébrale, de la crédivité accrue pour provoquer les réflexes utiles.»

Malgré qu'«en général, l'action soit d'autant plus rapide que le sommeil est plus profond » un simple engourdissement suffit, parfois même, pour manifester l'action demandée. Certains même pourront être suggestionnés à l'état de veille.

Bernheim, dans son livre sur la suggestion, pose les règles de ce traitement. En usant de douceur avec l'enfant on arrive à l'endormir assez facilement. Le sommeil est plus ou moins profond. Les essais seront répétés dans une même séance. Le sujet sera endormi et réveillé successivement à plusieurs reprises. On lui suggèrera alors un ordre simple à exécuter au réveil. Quand l'éducation est suffisante, on ordonne à l'enfant de se lever à heure fixe et d'uriner ; puis, peu à peu, on recule l'heure, en défendant à l'enfant d'uriner au lit. L'ordre est exécuté assez régulièrement.

Culerre (*Arch. de Neurologie,* 1896), sur 24 sujets soumis à ce traitement, obtint 20 guérisons, deux améliora-

tions et deux insuccès, ce qui donne 83 0/0 de guérison.

Ollivier parle d'une orthopédie nerveuse générale pour guérir les incontinents héréditaires. Une surveillance sérieuse, une bonne direction hygiénique, dit-il en substance, peuvent conjurer, en grande partie, les effets de l'hérédité.

Malheureusement, là s'arrêtent ses indications et l'on ne peut actuellement instituer ce traitement qu'avec les sédatifs et les nervins, tels que les bromures et l'hydrothérapie.

Si l'incontinence d'urine tient à l'irritabilité vésicale, la médication appropriée sera celle qui visera au relâchement des couches musculaires de la vessie en modérant cet excès de tonus. Les antispamodiques sont souverains, la belladone en première ligne.

Moraud, médecin de la colonie agricole de Mettray, avait vanté les effets de la belladone et publié des cas de guérison. A Trousseau revient, néanmoins, l'honneur d'avoir vulgarisé son emploi et d'en avoir donné les meilleurs procédés d'administration. Il faisait prendre tout d'abord une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone, le soir, à l'heure du coucher, pendant plusieurs jours ; puis, ne tenant aucun compte de la persistance ou de l'amélioration de la maladie, il augmentait progressivement les doses jusqu'à 10, 15 et même 20 centigrammes. Il continuait son traitement deux mois durant, malgré les guérisons intercurrentes, sauf intoxication.

En Angleterre et surtout en Amérique, au lieu de l'extrait, employé en France, on fait grand usage de la teinture de belladone.

Lewis Smith, de New-York, ordonne la teinture à la dose de 5 gouttes, matin et soir : il augmente quotidiennement jusqu'à effet physiologique.

Jules Simon donne un sirop composé ainsi :

Sirop de belladone et de tolu, 60 grammes de chaque ; deux cuillerées à café dans la journée pour un enfant.

L'alcaloïde de la belladone a été administré quelquefois. Trousseau ordonnait de l'atropine en sirop.

E. Girard recommanda des injections sous-cutanées de sulfate d'atropine. Les observations qu'il publie font foi de l'efficacité de sa médication.

D'autres auteurs signalent les bons effets des lavements et des suppositoires à l'extrait de belladone.

Malheureusement, la médication belladonée n'est pas sans danger et, à la suite de phénomènes d'intoxication, Delmold propose de rayer cet agent thérapeutique de la pathologie infantile. Combattue vivement par Porter et Janeway, en 1885, au Congrès médical de New-York, la belladone conserva ses droits, et l'on reconnut que malgré que l'on doive tenir compte de la susceptibilité individuelle, les enfants avaient pour elle une grande tolérance.

D'autres médicaments étaient donnés parallèlement à la belladone, ce sont les nervins : bromure de potassium, hydrate de chloral, antipyrine. Richards et Black ont associé la belladone et le bromure de potassium. Le bromure de camphre a remplacé ce dernier, bien des fois avec avantage, malgré les dénégations du docteur Thor, de Bucharest, qui à la suite d'accidents, leur préfère l'antipyrine.

William Thompson emploie l'hydrate de chloral, et règle ainsi l'emploi de ce médicament :

I° On doit le donner seulement le soir, deux heures après le repas, en allant se coucher ;

II° On doit le donner à plusieurs doses, même au lit ;

III° On ne doit pas continuer ce médicament plus d'une semaine ou de dix jours. Si, au bout de ce laps de temps,

il n'y a pas de guérison, c'est que l'incontinence n'est pas sous la dépendance d'une idiosyncrasie par l'hydrate de de chloral.

Leonardi, Ademollo et Maccal ont obtenu, avec ce même traitement, des guérisons rapides, les unes, au bout de trois jours, les autres, au bout d'une semaine. Malgré son efffcacité, ce médicament doit être employé avec énormément de prudence, car il est très dangereux.

Et nous préférons, tant que faire se pourra, suivre l'exemple de Devic, Perret et Buisson, employer l'antipyrine qui est « un sédatif excellent capable de diminuer les contractions musculaires, c'est un médicament dépressif et inhibitoire au premier chef (Buisson).

Marion Sims institua un traitement spécial pour l'incontinence des jeunes filles dépendant de l'irritabilité vésicale. Il fait la dilatation de la vessie avec des injections d'eau chaude. Il les répète tous les deux jours, pendant un mois, puis, une seule fois par semaine, jusqu'à guérison complète.

Broxton Hills, Margarit et Talbot, qui l'imitèrent, obtinrent les mêmes bons résultats. Ce dernier employait une solution étendue de nitrate d'argent.

Tous les traitements précités seront efficaces, souverains même, lorsqu'ils s'adresseront à des incontinences imputables à l'irritabilité vésicale, à celles même d'origine réflexe; mais la thérapeutique changera en présence de l'atonie vésicale ou sphinctérienne. On s'adressera soit à une autre médication interne, soit à la médication locale ou externe. La médication devra être reconstituante lorsqu'il y aura débilitation générale. Cette corrélation est loin d'être rare entre l'énurèse et la misère physiologique. Les malades prendront du quinquina, des ferrugineux.

Leur nourriture se composera surtout de viandes noires grillées.

Les bains froids et aromatiques ont été préconisés par Lallemand et Dupuytren. L'eau froide a été employée en lotions sur les parties génitales, sur le périnée et sur l'hypogastre. Underwood obtint ainsi de nombreux succès. Baudelocque, Guersant et Dupuytren employèrent aussi les immersions froides, et en vantèrent les bons effets. Mondières les taxa tous d'exagération. Il n'en reste pas moins bien établi que l'hydrothérapie doit inspirer confiance pour le traitement de certaines incontinences.

Quand on s'adressait à des incontinents d'urine anémiques, la noix vomique, l'ergot de seigle, les cantharides, le mastic en larmes, ont été successivement employés de concert avec le quinquina et les ferrugineux. L'amélioration, la guérison même, survenaient souvent à la suite de cette médication. Plus souvent, malheureusement, elle restait sans influence sur la maladie.

Mauricet, le premier, ordonna de la noix vomique à l'état de teinture. Deslandes et Mondières l'imitèrent ; mais, au lieu de teinture, ils employaient l'extrait de noix vomique.

Picard employa l'alcaloïde sous forme de sel, sulfate neutre de strychnine.

Sulfate de strychnine.	0 gr. 05
Sirop de sucre.	100 gr.

ce qui donne environ 20 cuillerées à café, chacune contenant environ 2 milligrammes et demi de sel ; une cuillerée à bouche en contiendra 1 centigramme.

Chez les enfants de 5 à 10 ans, on donne deux cuillerées à café : l'une le matin, l'autre le soir, pendant deux jours,

Suivront deux jours de repos. On donnera alors trois cuillerées, faisant alterner avec deux jours de repos, et on augmentera ainsi chaque fois d'une, jusqu'à concurrence de six cuillerées.

Cette dernière dose atteinte, on employera les cuillers à dessert dans les mêmes proportions et comme précédemment. Finalement, la cuillerée à dessert sera remplacée par la cuillerée à bouche. On poussera jusqu'à 120 grammes de sirop par jour, c'est-à-dire 5 à 6 centigrammes de sel.

On peut donner 10 centigrammes de principe actif sans crainte d'accident. On ne saurait malgré ça, agir trop prudemment avec un remède aussi dangereux.

Trousseau employait la noix vomique toutes les fois que la belladone restait sans effet.

Kelp faisait des injections sous-cutanées de sulfate de strychnine. L'ergot de seigle et l'ergotine furent essayés souvent avec succès pour traiter des énurèses par insuffisance du sphincter urétral.

Millet associait l'ergotine à la limaille de fer.

Limaille de fer.	0,25 centigr.
Ergot de seigle en poudre. .	0,03 centigr.
Sucre.	10 gram.

pour une dragée.

En prendre de 15 à 20 par jour.

Les cantharides soit en poudre, soit en teinture, ont été utilisées. Ce médicament, dont l'action néfaste sur les organes génito-urinaires est grossièrement connue, même du vulgaire, ne peut se manier qu'avec d'excessives précautions.

L'état d'éréthisme qui suit son absorption n'est pas toujours sans danger.

A la cantharide, nous préférons le *rhus aromalicus* et le *rhus radicans,* remèdes nouveaux employés en Belgique d'abord par Max, Buwenich, Descroizilles, Palmore.

Les résultats furent excellents, et de nombreux cas de guérison sont rapportés dans la littérature médicale.

Max donne 50 à 60 gouttes de teinture en trois fois. Généralement, il y a guérison au bout de cinq ou six jours ; plus rarement, le traitement durera deux semaines.

Demold et Willim font entrer dans la thérapeutique de l'énurèse le sesquichlorure de fer, qu'ils donnent à l'intérieur, à la dose, par vingt-quatre heures, de 20 à 30 gouttes en trois fois.

La sabine, la créosote, le cubèbe, ont été prescrits, la plupart du temps avec insuccès.

Malgré le nombre, l'efficacité même de ses moyens, la médication interne reste souvent en défaut, et l'énurèse persiste. C'est alors que les agents locaux entrent en scène ; et l'électricité et la chirurgie mises à contribution peuvent revendiquer l'honneur de guérisons d'incontinences d'urine considérées inguérissables.

Nous décrirons sommairement les moyens chirurgicaux. Chambers pratiqua la cautérisation du méat urinaire chez une jeune fille dont l'infirmité avait résisté à toutes les médications. Il voulait de la sorte exagérer la sensibilité de l'urètre, espérant que le passage de l'urine éveillerait la vessie endormie, et qu'une fois l'habitude de l'organisme vaincue, l'affection guérirait facilement.

Onze jours après, la malade cessait d'être incontinente. Civiale, Goulard, Baudelocque et Mondières se sont bien trouvés de l'usage répété de la sonde.

Samuel Lair enduisait le bec de la sondé avec de la teinture de cantharide et s'en servait pour irriter le col de

la vessie chez la femme, la portion prostatique de l'urètre chez l'homme.

La cautérisation du col de la vessie fut pratiquée par Demeaux au moyen du porte-caustique de Lallemand.

Les moxas, les ventouses sèches, les frictions, les vésicatoires, eurent leur temps de vogue. Aujourd'hui, on ne s'en sert plus guère ; et ces moyens douloureux ont été condamnés en bonne justice.

Saenger, chez les filles, conseille le massage de l'urètre et du sphincter avec une sonde aseptique, qu'on promène dans tous les sens après son introduction dans le canal.

Bold employa la méthode de Brandt avec bénéfice. Comme Saenger, il faisait du massage du col de la vessie. Il introduisait son doigt, tous les jours, dans le vagin, et « caressait le col, en évitant le canal de l'urètre ». On ne doit pas exercer une pression régulière mais un « tapotement du doigt ».

Janet explique ainsi le mode d'action de tous ces divers procédés employés pour relever le tonus vésical ou sphinctérien. « Tout individu qu'on sonde le matin avec une bougie enduite d'huile phéniquée éprouve, au moins pendant toute la journée, une cuisson assez vive du canal et des envies de pisser plus impérieuses que de coutume. A plus forte raison, ce fait se produira-t-il si l'on charge la sonde d'un agent caustique. Pendant la nuit, l'urètre reste encore si sensible que la moindre goutte d'urine qui y pénètre cause une douleur assez vive pour réveiller immédiatement ».

Le malade ainsi prévenu aura le temps de se lever et d'uriner autre part que dans ses draps. D'incontinent il descendra pollakiurique nocturne.

Frich intervenait par une opération sanglante. Il enle-

vait une portion de la colonne antérieure du vagin au niveau du col de la vessie. La cicatrisation de la plaie relevait le tonus du sphincter vésical.

La circoncision, tant vantée par Trousseau, a donné d'excellents résultats comme traitement d'énurèses par mouvement réflexe.

Gersuny, de Vienne, tordit l'urètre jusqu'à la bouche complètement, de façon à ce que la volonté fût obligée d'intervenir pour permettre l'expulsion de l'urine. En outre des complications post-opératoires possibles, communes à toutes les interventions chirurgicales, l'opération de Gersuny devient difficile, car il est presque impossible de pouvoir mettre en rapport le degré de torsion ou de fermeture de l'urètre et la force du muscle detrusor. Cette opération, faite en 1888, n'est pas encore entrée dans la pratique journalière des hôpitaux.

Traitement électrothérapique

Le traitement de l'énurèse essentielle par l'électricité est des plus anciens ; Weber et Mauduit rapportent avoir guéri des malades en tirant des étincelles le long de la colonne vertébrale et près de la symphyse pubienne. Et si ce traitement n'entre pas de sitôt dans la pratique courante, la cause ne saurait en être que dans l'imperfectionnement des appareils de ce genre alors mis à la disposition des praticiens.

Il ne fallut rien moins que les belles découvertes de Faraday sur les courants induits, pour donner une véritable impulsion aux pédiâtres, sûrs désormais d'être servis à souhait et par la variété des courants qu'ils vou-

laient employer et par des machines répondant spécialement à ces divers buts.

Guersant avait employé avec profit l'électricité dynamique. Il faisait passer un courant en appliquant un pôle sur le sacrum, l'autre sur le pubis.

Les courants induits de Faraday furent appliqués de différente façon par les divers auteurs.

Onimus et Legros conseillent d'appliquer un courant descendant à la partie inférieure de la moelle épinière.

Vallex introduisait un pôle dans le rectum, l'autre était placé soit sur le bas ventre, soit dans la vessie.

Hertzeker, Piébert, imitèrent son exemple.

Ultzman place un pôle dans le vagin ou le rectum et l'autre réophore sur le périnée ou l'hypogastre. Il obtient que l'excitation électrique, partie du rectum, se propage au col de la vessie, produit des contractions du muscle obturateur de cet organe et fortifie par cela même le sphincter vésical.

Seeligmuller excite directement, en introduisant dans l'urètre une lame de laiton d'un centimètre de longueur, et reliée à l'électrode négative, le pôle positif étant sur la symphyse.

Erb applique pendant une ou deux minutes le pôle positif sur la moelle lombaire, le négatif au périnée, et introduit ensuite, dans l'urètre des garçons un électrode métallique, chez les jeunes filles, une éponge qu'il applique entre les grandes lèvres.

Ces méthodes étaient pour ainsi dire indirectes, car, dans toutes, les rhéophores sont appliqués ou dans le rectum ou dans l'urètre ou extérieurement, toujours ; jamais au point vrai d'élection.

Guyon, qui a vulgarisé le traitement électrothérapique, a nettement précisé l'action du courant électrique, en con-

duisant un rhéophore dans l'urèthre, à sa portion membraneuse. C'est là que, pour lui, réside une des grandes causes de l'énurèse essentielle.

Voici comment il procède: Une boule métallique ovoïde et de calibre approprié aux dimensions de l'urètre est introduite dans ce canal suivant les règles du cathétérisme simple. Pour bien apprécier son siège, ce qui est rendu plus difficile par le défaut de résistance du sphincter, la boule doit pénétrer jusque dans la vessie; puis on la retire de la quantité nécessaire pour amener son talon au niveau de la portion membraneuse. L'autre pôle, terminé en bouton ou en plaque, est appliqué sur le pubis. Les deux conducteurs sont en communication avec un appareil faradique. Chez les filles, on applique le talon de la boule contre l'orifice vésical en ayant soin de lui donner des dimensions conséquentes. Le courant doit être faible, à intermittences éloignées, et les séances dureront de une à cinq minutes. Les prolonger plus longtemps serait s'exposer à fatiguer le muscle urétral loin de le fortifier.

La méthode de Guyon est la plus sûre d'entre toutes celles employées jusqu'ici. Chaque jour, on s'en sert avec grand profit pour les jeunes malades. Dès la première séance, l'incontinence diminue généralement. D'autres fois, le traitement se prolongera des semaines pour aboutir à une guérison complète.

Dans certains cas d'énurèse, peut-être à pathogénie différente, on n'obtient que des demi-succès ou des insuccès.

Traitement de M. le professeur Baumel. — Le traitement employé dans le service de M. le professeur Baumel répondra à de nombreuses indications. Il sera tonique pour les malades anémiques en même temps qu'atteints

d'énurèse : le fer réduit par l'hydrogène, le sirop de quinquina ; il s'adressera à l'évolution dentaire avec les phosphates de chaux qui la favoriseront.

Aussi on donnera aux malades, par jour :

40 gr. d'eau de lacto-phosphate de chaux à 5 0/0.

Les pilules de Rousseau seront administrées parallèlement pour modérer le tonus musculaire de la vessie :

Poudre de belladone . } ââ 0,01
Extrait de belladone . }

pour une pilule, le soir, au coucher.

On n'aurait garde de négliger le côté hygiénique, et, dès qu'un malade entre dans le service pour incontinence d'urine, il est soumis à des prescriptions hygiéniques rigoureuses. La nuit, on le réveillera pour le faire uriner, et la quantité des boissons ingérées sera diminuée considérablement, surtout en ce qui concerne celles de l'après-midi. Après quatre heures du soir, l'enfant ne boira plus, et un seul verre de vin, coupé d'eau aux deux tiers, lui sera accordé pour le repas du soir.

Les excellents résultats que donnent les statistiques du service prouvent surabondamment que ces différents agents thérapeutiques, ainsi combinés, réussissent très bien dans le traitement de l'incontinence d'urine.

CONCLUSIONS

L'énurèse essentielle n'est pas une maladie une et identique dans sa cause. De toutes les théories pathogéniques qu'elle a engendrées, celle du mouvement réflexe nous paraît s'appliqueer à la grande majorité des cas.

La dentition, jusqu'ici presque systématiquement ignorée comme cause de l'incontinence, n'est pas sans avoir de grands rapports avec elle. Elle agirait par voie réflexe. Cet état produil chez l'enfant un éréthisme nerveux, indéniable. Cette surexcitation se transmettant des branches terminales du nerf maxillaire au bulbe et au cerveau, la moelle elle-même serait ainsi mise en état de surexcitation, et détournée pour ainsi dire de quelques-unes de ses fonctions. L'urine, alors en contact avec la vessie, suffirait à faire contracter cette dernière, ainsi s'établirait l'incontinence.

Avec notre Maître, M. le professeur Baumel, nous pensons aussi que souvent l'incontinence d'urine ne doit être qu'un vulgaire accident de la dentition et susceptible d'être guéri par une thérapeutique favorisant l'évolution dentaire.

Le traitement sera variable, et la médication appropriée à chacune des causes étiologiques qui auront produit l'énurèse.

BIBLIOGRAPHIE

Adams. — Incontinence of urine in children (*American Journal Obstetrics*, p. 637, 1884).

Ademollo. — *L'Impartiale*, 17 mars 1875.

Barthez et Sané. — Maladies de l'enfance, t. II 1887, p. 679.

Bastide. — Du phimosis (Thèse Montpellier, 1871).

Baumel. — Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, p. 371.

Bernheim. — De la suggestion.

Bercioux. — *Gazette hebdomadaire*, 1858.

Bokai. — Gerhardt's Handbuch, vol. IV, 3e éd., 547-555 (Enureiss nocturna).

Bouisson. — Antipyrine dans certaines affections de l'enfance (Thèse Lyon, 1890).

Buckingham (E. M.). — Nocturnal incontinence of urine (*Boston Médical* et *Surg. Journal*, 1888, vol. CXVIII, t. 270-277).

Burvenik (E.). — De l'emploi du *rhus aromaticus* dans l'incontinence nocturne d'urine (Annales Soc. de Méd. Gand, vol. 1888, LXII, t. 36-41).

Bégin. — Dict. de Méd. et de Chirurg. pratiques, t. X, 1833.

Cambers. — *The Lancet*, 1849.

Chauvel. — Art. incontinence, Dict. encycl. des Sciences médicales.

Civiale. — Maladies des organes génito-urinaires.

Corrigan. — *Gazette hebdomadaire*, avril 1870.

Delcourt. — Emploi du nitrate de potasse et de l'acide benzoïque dans l'incontinence nocturne d'urine (*Journal de Bruxelles*, 1844, p. 567).

Descroizilles. — Considérations sur l'incontinence d'urine étudiée chez les enfants (Rev. gén. de clin. et thérap. Paris 1889, III, 237-257).

D'Espiné et Picot. — Manuel pratique des maladies de l'enfance, 1880).

Desault. — *Journal de Chirurgie,* t. III.

Du Souich. — De l'incontinence d'urine essentielle (Th. Paris. 1877).

Espagne. — *Montpellier-Médical,* 1870, t. XXV.

Esperon de Lacaze du Sarbac. — Th. de Bordeaux, 1899, (69.)

Guinon. — Th. Paris, 1889.

Guyon. — Leçons cliniques des maladies des voies urinaires.

Guersant. — Dict. sciences méd. Art. incontinence.

Gersuny. — Eine neue operation zur heilung der incontinentia urinal.

Henoch. — Traité des maladies des enfants.

Janet. — Th. Paris, 1890.

Kelp. — Deutsch archiv. fur Klin. Méd. vol. XIV, p. 432.

Lallemand. — *Gazette des Hôpitaux,* 1851)

Lair (Samuel). — *Bull. Acad. Méd.*, 1826.

Larroumets. — Th. de Paris, 1898.

Liébeault (A.). — Traitement par suggestion hypnotique de l'incontinence d'urine (Congrès pour l'avancement des sciences. Nancy, t. I).

Léonardi. — Raccogl. med. Forli, fév. 1873.

Maccall. — The treatment of incontinence of urine (*The Lancet,* 1873. II, p. 213).

Mauricet. — *Arch. gén. méd* , XIII.

Mosso et Pellacani. — *Arch. ital. de Biol.,* 1882.

Maury. — Le sommeil et les rêves.

Mondières. — Mémoire sur l'incontinence d'urine.

Morand. — *Journal de Médecine*, novembre, 1846.

Neveu. — Incontinence d'urine et son traitement Th. Paris, 1881.

Nélaton. — Eléments de pathologie chir., t. V, p. 443.

Onimus et Legros. — Traité d'électricité médicale.

Parant. — *Rev. méd.,* Toulouse, 1884, p. 225-230.

Picard. — De l'incontinence nocturne et essentielle (*Progrès méd.;* 15 mai 1886).

Perret et Devic. — Incontinence d'urine traitée par l'antipyrine (*Provence médicale*, 1889).

Puissant. — Thèse de Paris, 1884.

Petit (J.-L.). — Mal. chirurg , t. II et III.

Reculard. — Thèse de Paris, 1876.

Sims (J.-H.-C.). — Enuresis in men (Polyclin. Philad., 1884-1883-1882-1885.

Simon. — Conférences clin. et thérap. sur les maladies des enfants, 1881.

Pagnard — Thèse de Montpellier, 1872.

Trousseau. — Clinique médicale, t. II.

Thompson. — Leçons clin. sur les maladies des voies urinaires.

Williams. — Urinary incontinentia of children treated by anodynes per rectum (Boston m et s. G. 1886, CXV, p. 257).

Ziem. — De la relation de l'incontinence nocturne d'urine avec la présence de polypes dans les fosses nasales (Allgemeine méd. central. Zeitung, 1885, n° 64).

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 23 janvier 1900.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 23 janvier 1900.
Le Doyen :
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !